# Alcohol illegale drugs medicatie en gokken

Recente ontwikkelingen in Vlaanderen
**2003-2004**

*Else De Donder*

VAD

# Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken

## Recente ontwikkelingen in Vlaanderen

## 2003-2004

COLOFON

Else De Donder (red.)
Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken
Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2003-2004
Eerste druk

Lay-out & druk: Two by Two Letter & Beeld nv

Verantwoordelijke uitgever:
VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
S. Ansoms
Vanderlindenstraat 15 - 1030 Brussel


ISBN 90-771881-2-6
Wettelijk Depotnummer D/2004/6030/28

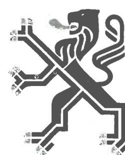
# Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken

## Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2003-2004

Else De Donder

Eerste druk

VAD



# DANKWOORD

Onze bijzondere dank gaat uit naar de mensen die ons onderzoeks- en cijfermateriaal bezorgden. Zonder hun medewerking is de samenstelling van het VAD-jaarboek niet mogelijk.
Daarnaast past ook een woord van dank voor de collega's en anderen die bereid waren zich door een berg cijfers te worstelen bij het nalezen en becommentariëren van de teksten.

# INHOUD

# INLEIDING

Het jaarboek van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) bundelt de meest recente cijfers over middelengebruik. We baseren ons daarvoor op administratieve of registratiegegevens en op onderzoek. De gegevens beslaan de periode 2000-2004. Waar mogelijk worden de recentste gegevens vergeleken met deze van de voorgaande jaren.

Het jaarboek bestaat uit drie grote delen. In het eerste deel schetsen we de omvang en de spreiding van het middelengebruik in Vlaanderen en België. Gokken komt eveneens aan bod. We vertrekken van de marktsituatie en zeggen iets over de mening van mensen over middelengebruik. Daarnaast hebben we het uitgebreid over de prevalentie van het gebruik van alcohol, illegale drugs en medicatie en over gokken.

Het tweede deel gaat over de gevolgen van middelengebruik en gokken. Cijfermateriaal geeft een idee over de omvang van de gezondheidsproblemen gerelateerd aan middelengebruik. We denken dan bijvoorbeeld aan de verkeersongevallen onder invloed van alcohol, sterftes als gevolg van levercirrose, HIV-besmetting of hepatitis en middelengebruik, druggerelateerde overlijdens of zelfmoorden door medicatie. Ook de vraag om hulp bekijken we in het tweede deel. Diverse registratiesystemen in de hulpverleningssector zorgen ervoor dat we een beeld kunnen schetsen van de cliënten die omwille van middelengerelateerde problemen een beroep doen op verschillende vormen van hulpverlening. Doelgericht onderzoek in de drughulpverlening vult de informatie van de registratiesystemen aan.
Door het alcoholcontrolebeleid en de illegaliteit van verboden drugs moet justitie in bepaalde gevallen optreden. Soms zullen mensen eerst in contact komen met justitie vooraleer ze in de hulpverlening terechtkomen. Van het niveau van de politiediensten tot het niveau van de veroordelingen kunnen we statistieken presenteren over drugmisdrijven en misdrijven in verband met alcohol.

Over preventie, waaraan het derde en laatste deel in het VAD-jaarboek is gewijd, presenteren we de gegevens van het registratiesysteem voor preventieactiviteiten, Ginger, en bespreken we een kwalitatieve implementatiestudie van het drugbeleid in Oost-Vlaamse scholen.

In deze verschillende onderdelen concentreren we ons op de voornaamste bevindingen over middelengerelateerde thema's uit onderzoek en andere relevante bronnen. In bijlage 1 hebben we meer achtergrondinformatie over de bronnen opgenomen.

In dit jaarboek stellen we de cijfers over middelengerelateerde aspecten die momenteel beschikbaar zijn, op een gebruiksvriendelijke manier voor. We zetten verschillende soorten gegevens over alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken uit verschillende bronnen naast elkaar. Alle bronnen belichten een beperkt aspect van de drugproblematiek. Door een grote variëteit aan benaderingen en informatiebronnen te combineren willen we een zo betrouwbaar mogelijk beeld construeren van diverse middelengerelateerde aspecten.

*Bevolkingsonderzoek* is een belangrijke indicator van het aantal druggebruikers in een populatie. Dat we iets kunnen zeggen over de mening van de bevolking over middelengebruik is ook het resultaat van bevolkingsonderzoek. Bevolkingsonderzoek heeft echter haar beperkingen. Zo is in België bevolkingsonderzoek naar middelengebruik beperkt tot bepaalde bevolkingsgroepen of regio's. Voor de periode 2000-2004 zien we vooral bevolkingsstudies bij jongeren (secundair onderwijs). Andere leeftijdsgroepen komen in mindere mate aan bod in. Ook moeilijker bereikbare groepen vallen uit de boot, bijvoorbeeld leerlingen die niet naar school gaan (spijbelaars, schoolverlaters,...), kansarme of kleinere bevolkingsgroepen, thuislozen, personen in instellingen,... . Om een zicht te krijgen op de dynamiek van middelengebruik en om patronen van middelengebruik te kunnen aangeven, moet onderzoek bovendien regelmatig volgens eenzelfde methodologie herhaald worden.
In bevolkingsonderzoek naar middelengebruik speelt ook de sociale wenselijkheid, die de richting van de antwoorden beïnvloedt, sterk mee.
Bij een aantal onderzoeken is het niet de hoofddoelstelling om bepaalde middelengerelateerde aspecten te meten. Bij het koppelen van conclusies aan cijfers moeten we daarmee rekening houden.

*Registratiegegevens* van hulpverlenings- en justitiële diensten zijn andere bronnen waarop we een beroep doen. Bevolkingsonderzoek geeft vooral een indicatie van niet-problematisch druggebruik. Registratiegegevens geven veeleer een beeld van problematisch middelengebruik. Dergelijke cijfers zijn echter zeer sterk een weerspiegeling van de middelen, de prioriteiten en het beleid van hulpverlenings- en justitiële instanties. De gewijzigde drugwet van 2 juni 2003 heeft bijvoorbeeld een invloed op de registratiegegevens van de politiediensten en de parketten. Daarnaast speelt ook de selectieve werking van het justitiële apparaat een rol waardoor bepaalde bevolkingsgroepen meer kans hebben om met justitie in aanraking te komen dan andere. Ook vinden bepaalde groepen minder dan andere hun weg naar de traditionele drughulpverlening.

Heel wat cijfermateriaal valt onder de zogenaamde *administratieve of officiële statistieken*. Ook hier stellen zich een aantal knelpunten. Productie, distributie en verkoopsgegevens over alcohol en medicatie zijn bijvoorbeeld zeer verschillend naargelang de bron die je kiest. De verschillen lopen in de miljoenen. Bij dit soort statistieken is het vaak gissen naar hoe de dataverzameling gebeurde. In de mate van het mogelijke proberen we dit in het jaarboek toch te verduidelijken. Alleszins bemoeilijkt het gebrek aan uniforme methodologie de interpretatie. Vooral bij administratieve cijfers verloopt er ook een hele tijd tussen de periode van de dataverzameling en de publicatie van de gegevens. We proberen steeds het meest recente cijfermateriaal op te nemen.

In de periode 2000-2004 is ook kwalitatief onderzoek gevoerd, wat essentieel is om een diepgaand inzicht te krijgen in middelengerelateerde problematieken. Ook dit vindt u terug in het VAD-jaarboek.

# DEEL 1
# OMVANG EN SPREIDING VAN MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

## Hoofdstuk 1. De economie achter het middelengebruik

Gegevens over de productie, de in- en uitvoer, de verkoop van alcohol en psychoactieve medicatie, of gegevens over de voorschriften voor psychoactieve medicatie zijn indicatoren om de binnenlandse markt voor de verschillende producten te beschrijven. Ook de illegale drugmarkt kan met behulp van gelijkaardige indicatoren, zoals de inbeslagnames of de drugprijzen, gesitueerd worden. De gegevens waarop we ons voor dit deel beroepen, zijn echter meestal voor andere doeleinden verzameld. Het gaat hier doorgaans om administratieve gegevens.

### 1.1 De alcoholeconomie draait

#### 1.1.1 Productie van alcohol

België staat internationaal bekend als een bierland. Wanneer we de productie bekijken, kunnen we dit alvast bevestigen. Van alle alcoholische dranken wordt bier immers in de grootste hoeveelheden geproduceerd. Afhankelijk van de geraadpleegde bron komen we echter sterk verschillende productiecijfers tegen.
Kijken we naar de *statistiek van de industriële productie*[1] uitgegeven door het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS), dan werd er in 2002 1,5 miljard liter bier geproduceerd voor een waarde van bijna 1,2 miljard EUR (tabel 1) (NIS, 2003c). België produceerde toen bijna 7,7 miljoen liter sterke drank voor een waarde van 52,6 miljoen EUR. Deze statistiek geeft voor 2002 geen productiecijfers over wijn.

**Tabel 1**
***Productie van alcoholische dranken in België (2002)***

| | hoeveelheid (in liter) | waarde (in EUR) |
|---|---|---|
| bier | 1.506.296.051 | 1.263.433.012 |
| wijn | - | - |
| sterke drank [2] | 7.680.827 [3] | 52.613.082 |

Bron: NIS, 2003c

[1] De gegevens van deze statistiek worden verzameld via de Prodcom-enquête. De meeste industriële ondernemingen met 10 of meer personeelsleden of met een jaaromzet van 2,5 miljoen EUR, en sommige andere ondernemingen met een industriële nevenactiviteit waar ten minste 20 personen werken, zijn onderworpen aan Prodcom (NIS, 2003c).
[2] In het cijfer van sterke drank is ook ethylalcohol of zuivere alcohol verrekend.
[3] In liter zuivere alcohol 100%.

De *administratie der douane en accijnzen* publiceert cijfers over de geproduceerde hoeveelheid alcoholische dranken en de accijnsopbrengst (Administratie der douane en accijnzen, 2003). In deze cijfers valt in vergelijking met 2000 vooral de achteruitgang in de productie van mousserende gegiste dranken (bv. champagne, schuimwijn, cider...) op (tabel 2). De wijnproductie is tussen 2000 en 2002 toegenomen en ook de productie van sterke drank vertoonde in deze periode een licht stijgende trend. In de productie van bier zien we een lichte heropleving na de terugval in 2001. Bier blijft ook in 2002, de meest geproduceerde alcoholische drank in België. In 2002 werd 188.146.372 hectoliter°Plato[4] bier geproduceerd door 129 bedrijven.

**Tabel 2**
***Productie van alcohol en accijnsopbrengst***

| product | jaar | geproduceerde hoeveelheid | aantal inrichtingen | ontvangst aan accijnzen in duizend EUR[5] |
|---|---|---|---|---|
| bier | 1998 | 185.105.184 hl°Plato | 121 | 206.669 |
| | 1999 | 184.510.130 hl°Plato | 123 | 209.953 |
| | 2000 | 187.708.296 hl°Plato | 128 | 208.393 |
| | 2001 | 183.471.226 hl°Plato | 128 | 206.716 |
| | 2002 | 188.146.372 hl°Plato | 129 | 201.988 |
| alcohol (100% vol, 20°C) (sterke drank) | 1998 | 3.199,00 hl | 9 | 191.795 |
| | 1999 | 2.399,62 hl | 10 | 192.539 |
| | 2000 | 2.169,56 hl | 9 | 205.649 |
| | 2001 | 2.191,26 hl | 12 | 207.028 |
| | 2002 | 2.225,97 hl | 13 | 213.067 |
| gegiste vruchtendranken (wijn) | 1998 | 19.697.300 l | 38 | 93.257 |
| | 1999 | 14.973.900 l | 42 | 99.480 |
| | 2000 | 14.189.800 l | 45 | 101.413 |
| | 2001 | 18.080.300 l | 49 | 104.352 |
| | 2002 | 17.435.700 l | 49 | 105.501 |
| mousserende gegiste dranken (100% vol, 20°C) | 1998 | 4.343.100 l | 9 | 23.228 |
| | 1999 | 4.518.200 l | 10 | 25.087 |
| | 2000 | 4.334.700 l | 10 | 23.550 |
| | 2001 | 2.255.300 l | 11 | 23.902 |
| | 2002 | 2.010.600 l | 11 | 24.628 |

Bron: Administratie der douane en accijnzen, 2003

[4] Het aantal graden Plato drukt het stamwortgehalte uit van bier. Dit is het aantal grammen opgeloste stoffen (waaronder suikers) in 100 gram wort (= zoetige vloeistof die verkregen wordt bij het maischen (proces waarbij moutenzymen het zetmeel omzetten in suikers)). Het is een maat voor de sterkte van het te maken bier. Aan de hand van dit stamwortgehalte wordt het accijnsbedrag bepaald. 12° Plato betekent dat 100 gram wort bij 20°C 12 gram suiker bevat.

[5] De cijfers voor 1998 tot 2000 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2001 (De Donder, 2002, p. 4).

### 1.1.2 Opbrengsten van de alcoholverkoop

In 2002 wordt de grootste accijnsopbrengst overgehouden aan sterke dranken, namelijk 213 miljoen EUR (Administratie der douane en accijnzen, 2003) (tabel 2). De opbrengst aan accijnzen voor bier ligt in 2002 iets lager, op 202 miljoen EUR. Momenteel bedraagt de accijns op bier 1,7105 EUR per hectoliter°Plato. De accijns op sprankelende wijn bedraagt 161,1308 EUR per hectoliter en op niet sprankelende wijn 47,0998 EUR per hectoliter. Van wijnen met niet meer dan 8,5% alcohol bedraagt de accijns 14,8736 EUR per hectoliter. Voor de tussenproducten (aperitieven, porto, sherry,...) is de accijns afhankelijk van het percentage alcohol. Bedraagt het percentage alcohol minder dan 15% dan is de accijns 74,3681 EUR per hectoliter en boven de 15% alcohol stijgt de accijns tot 99,1575 EUR per hectoliter. Voor de sprankelende tussenproducten is de accijns vastgelegd op 161,1308 EUR per hectoliter. Voor sterke dranken bedraagt de accijns 1660,8866 EUR per hectoliter pure alcohol[6]. Daarnaast is de BTW op alcohol in België op 21% vastgelegd.

Naast accijnzen int de Belgische Staat een openingsbelasting[7] en een bedrag op het vergunningsrecht[8] op de drankhandel.
In 2002 werd 4,2 miljoen EUR aan openingsbelasting geïnd en 5,3 miljoen EUR op het vergunningsrecht (Administratie der douane en accijnzen, 2003) (tabel 3). In 2002 werden er minder openingsaccijnzen geïnd omdat sindsdien in het Vlaams Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest het nultarief voor de openingsbelasting van toepassing is.

**Tabel 3**
***Ontvangst aan openingsbelasting en vergunningsrecht***

| | jaar | aantal inrichtingen | ontvangst aan accijnzen in EUR |
|---|---|---|---|
| openingsbelasting | 1999 | 56.900 | 13.182.000 |
| | 2000 | 55.062 | 12.808.000 |
| | 2001 | 54.516 | 10.635.000 |
| | 2002 | 53.640 | 4.237.000 |
| vergunningsrecht | 1999 | 30.529 | 5.028.000 |
| | 2000 | 31.833 | 5.213.000 |
| | 2001 | 30.216 | 5.276.000 |
| | 2002 | 33.185 | 5.382.000 |

Bron: Administratie der douane en accijnzen, 2003

6 Dit volgens de wet van 7 januari 1998 betreffende de structuur en de accijnstarieven op alcohol en alcoholhoudende dranken (B.S. 4 februari 1998).

7 Iedere nieuwe slijter van gegiste dranken is door de wet van 3 april 1953 een openingsbelasting verschuldigd bij de opening of overname van een slijterij. Sedert 1 januari 2002 is in het Vlaams Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een nultarief van toepassing.
Na een termijn van 15 jaar is om de 5 jaar een belasting verschuldigd door de slijters. Al wie sterke dranken verkoopt bij hoeveelheden van 6 liter of minder moet een jaarlijkse belasting betalen.

8 Het vergunningsrecht is een belasting verschuldigd voor het verstrekken van sterke drank voor gebruik ter plaatse. Het is een jaarlijks verschuldigde belasting.

### 1.1.3 In- en uitvoer van alcohol

Gegevens over de import en export van alcoholische dranken vinden we in de statistiek van de buitenlandse handel. België voerde in 2003 662 miljoen liter alcohol in en 802 miljoen liter alcohol uit (NBB, 2004) (tabel 4). België voerde in 2003 hoofdzakelijk wijn in (286 miljoen liter). Bier is het meest uitgevoerde product onder de alcoholische dranken. Er werd in 2003 680,7 miljoen liter bier geëxporteerd, wat overeenkomt met een waarde van 399,9 miljoen EUR.

**Tabel 4**
***In- en uitvoer van alcoholische dranken in België (2003)***

| | invoer | | uitvoer | |
|---|---|---|---|---|
| | hoeveelheid in liter | waarde (in EUR) | hoeveelheid in liter/kg | waarde (in EUR) |
| bier | 164.280.977 | 100.339.555 | 680.758.300 | 399.959.038 |
| wijn[9] | 286.147.239 | 785.910.448 | 20.191.105 | 83.097.744 |
| sterke drank[10] | 212.319.855 | 259.827.226 | 101.707.132 | 131.608.968 |
| **totaal** | **662.748.071** | **1.146.077.229** | **802.656.537** | **614.665.750** |

Bron: Nationale Bank van België, 2004, berekeningen VAD

### 1.1.4 Bier in het bijzonder

De 'Belgische Brouwers' vatten de economische trends samen voor de bierindustrie (Belgische Brouwers, 2004). De matige stijging van het aantal brouwerijen, die eind jaren negentig was ingezet, lijkt ondertussen gestabiliseerd (tabel 5). In 2003 telde België 115 brouwerijen, evenveel als in 1995.
Vergeleken met het jaar 2000 steeg de productie met 6,2%. Er werd in 2003 bijna 16 miljoen hectoliter bier geproduceerd. Daarvan was 6,7 miljoen hectoliter bier of 43% bestemd voor de export. Tegenover 2000 werd er 23% meer bier naar het buitenland uitgevoerd. Vooral pils, abdijbier en witbier worden uitgevoerd. Dit zijn tevens de bieren die ook in België het meest in trek zijn. Het grootste deel van onze bierexport gaat in 2003 naar Frankrijk en Nederland. Buiten de Europese Unie zijn landen zoals de Verenigde Staten, Canada en Japan de grootste afnemers van Belgisch bier.
De import van bier is tegenover 2000 fel toegenomen (+ 27,2%). Ons land voerde in 2003 vooral bier in uit Duitsland, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk. Van buiten Europa scoort ook Mexicaans bier goed.
De consumptie van bier is ten opzichte van 2000 met 1,3% afgenomen: in 2000 dronken de Belgen 10.064.000 hectoliter bier, in 2003 9.935.000 hectoliter.

---

9 In de cijfers voor wijn zijn enkel de categorieën 2204 en 2205 uit de Statistiek van de Buitenlandse Handel opgenomen. De appelwijnen, perenwijnen en honingdranken zijn niet inbegrepen (categorie 2206).

10 In het cijfer van sterke drank is ook ethylalcohol verrekend. Het gaat om de categorieën 2207 en 2208. Voor de sterke dranken zijn de hoeveelheden uitgedrukt in liter pure alcohol.

**Tabel 5**
***De evolutie van het aantal brouwerijen, de bierproductie, de import en de export van bier*** [11]

| jaar | aantal actieve brouwerijen | bierproductie in 1000 hl | bierimport in 1000 hl | bierexport in 1000 hl | bierverbruik in 1000 hl |
|---|---|---|---|---|---|
| 1990 | 126 | 14.141 | 648 | 2.752 | 12.037 |
| 1991 | 121 | 13.799 | 459 | 3.145 | 11.113 |
| 1992 | 126 | 14.259 | 467 | 3.458 | 11.269 |
| 1993 | 106 | 14.182 | 454 | 3.776 | 10.860 |
| 1994 | 115 | 14.742 | 570 | 4.592 | 10.720 |
| 1995 | 115 | 14.528 | 593 | 4.608 | 10.513 |
| 1996 | 117 | 14.232 | 585 | 4.229 | 10.284 |
| 1997 | 109 | 14.014 | 646 | 4.439 | 10.243 |
| 1998 | 110 | 14.105 | 731 | 4.825 | 10.011 |
| 1999 | 112 | 14.575 | 703 | 5.072 | 10.206 |
| 2000 | 113 | 14.734 | 804 | 5.474 | 10.064 |
| 2001 | 117 | 14.966 | 877 | 5.857 | 9.986 |
| 2002 | 118 | 15.696 | 744 | 6.539 | 9.901 |
| 2003 | 115 | 15.650 | 1.023 | 6.738 | 9.935 |

Bron: Belgische Brouwers, 2004

## 1.1.5 Uitgaven aan alcohol

De uitgaven van Belgische gezinnen aan alcohol zijn een indicator voor het consumptiepatroon. Uit het huishoudbudgetonderzoek van het NIS blijkt dat 9% van het totale budget dat besteed wordt aan voedingsmiddelen, dranken en tabak, naar alcoholische dranken gaat (NIS, 2004a). We spreken dan uitsluitend over de bestedingen in winkels en niet in de horeca. De Belgische huishoudens besteedden in 2001 gemiddeld 260 EUR aan wijn en aperitieven (tabel 6). Aan bier werd in 2001 gemiddeld 102 EUR uitgegeven en aan sterke drank 48,6 EUR. De Vlaamse huisgezinnen besteden minder aan wijn, aperitieven en sterke drank in vergelijking met Brusselaars en Walen. Bier drinken ze meer dan Brusselaars, maar minder dan Walen.

[11] De cijfers van 1990 tot 2000 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2001 (De Donder, 2002, p.7).

**Tabel 6**
***Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan alcoholische dranken per huishouden per jaar (2001)***

| | België | Brussels Hoofdstedelijk Gewest | Vlaams Gewest | Waals Gewest |
|---|---|---|---|---|
| sterke drank | 48,61 | 48,48 | 46,48 | 52,38 |
| wijn & aperitieven | 260,17 | 299,20 | 232,59 | 295,59 |
| bier | 102,27 | 83,31 | 101,40 | 110,12 |
| **totaal** | **411,05** | **430,99** | **380,47** | **458,09** |

Bron: NIS, 2004a

Op basis van de huishoudbudgetenquête kunnen de gemiddelde uitgaven aan alcohol ook bekeken worden naar leeftijd en beroepsstatuut van de referentiepersoon[12] in het gezin. We zien dan dat in 2001 het meest wordt uitgegeven door de gezinnen waarvan de referentiepersoon tussen 50 en 59 jaar is (tabel 7). Mensen jonger dan 30 jaar besteden thuis het minst aan alcohol.

**Tabel 7**
***Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan alcoholische dranken per huishouden per jaar naar leeftijd van de referentiepersoon, België (2001)***

| | 20-29 jaar | 30-39 jaar | 40-49 jaar | 50-59 jaar | >60 jaar |
|---|---|---|---|---|---|
| sterke drank | 30,08 | 37,25 | 48,39 | 62,78 | 50,52 |
| wijn & aperitieven | 178,76 | 244,56 | 271,98 | 297,74 | 251,07 |
| bier | 62,19 | 79,55 | 104,67 | 126,51 | 106,75 |
| **totaal** | **271,03** | **361,36** | **425,04** | **487,03** | **408,34** |

Bron: NIS, 2004a

Gezinnen waarvan de referentiepersoon zelfstandige of bediende is, geven in 2001 het meest uit aan alcohol (tabel 8). Van alle beroepsstatuten geven zelfstandigen het meest uit aan sterke drank en bier, bedienden aan wijn en aperitieven.

**Tabel 8**
***Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan alcoholische dranken per huishouden per jaar naar beroepsstatuut van de referentiepersoon, België (2001)***

| | zelfstandigen | arbeiders | bedienden | gepen-sioneerden | andere niet-actieven |
|---|---|---|---|---|---|
| sterke drank | 58,07 | 32,14 | 51,63 | 52,63 | 29,79 |
| wijn & aperitieven | 302,18 | 156,63 | 314,73 | 254,63 | 125,59 |
| bier | 109,59 | 106,89 | 100,59 | 106,96 | 71,47 |
| **totaal** | **469,84** | **295,66** | **466,95** | **414,22** | **226,85** |

Bron: NIS, 2004a

[12] Het NIS spreekt over een referentiepersoon en niet meer over het gezinshoofd. In het huishoudbudgetonderzoek is de referentiepersoon diegene die het meest inkomen binnenbrengt in het huishouden. Dat kan om het even wie zijn. Soms komt dit overeen met het gezinshoofd maar niet altijd.

Aangezien het huishoudbudgetonderzoek al in de jaren zeventig is opgezet, kunnen we de evolutie in de uitgaven aan alcohol over de jaren heen bekijken (tabel 9). De totale uitgaven aan alcohol zijn met de jaren gestegen, maar niet voor alle dranken. De gezinsuitgaven aan sterke drank zijn sterk gedaald van bijna 73 EUR in 1978-1979 naar 49 EUR in het jaar 2001. De uitgaven aan wijn en aperitieven zijn daarentegen fors toegenomen. Eind jaren zeventig gaf een gezin gemiddeld 84 EUR uit aan wijn en aperitieven terwijl in 2001 gemiddeld 260 EUR aan deze dranken werd besteed. Ook de gemiddelde uitgaven aan bier zijn in de loop der jaren toegenomen, zij het niet zo opvallend.
Het budget voor sterke drank daalt en dat van wijn stijgt in verhouding met het totaalbudget voor voeding, dranken en tabak. Voor bier schommelt zowel het absolute bedrag als het percentage van het totaalbudget voor voeding, dranken en tabak dat aan bier wordt besteed.

**Tabel 9**
***Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan alcoholische dranken per huishouden per jaar en aandeel in budget besteed aan voeding, dranken en tabak***

| jaar | sterke drank | | wijn & aperitieven | | bier | | **totaal** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | EUR | % | EUR | % | EUR | % | **EUR** | **%** |
| '78-'79 | 72,8 | 2,6 | 84,1 | 3,0 | 83,9 | 3,0 | **240,8** | **8,7** |
| '87-'88 | 52,3 | 1,5 | 139,4 | 4,1 | 76,2 | 2,2 | **267,9** | **7,8** |
| '95-'96 | 60,0 | 1,4 | 241,6 | 5,6 | 115,4 | 2,7 | **417,0** | **9,6** |
| '96-'97 | 52,8 | 1,3 | 226,9 | 5,4 | 115,1 | 2,7 | **394,8** | **9,4** |
| '97-'98 | 52,5 | 1,2 | 240,5 | 5,6 | 110,6 | 2,6 | **403,6** | **9,4** |
| '99 | 51,6 | 1,2 | 254,4 | 5,9 | 98,9 | 2,3 | **404,9** | **9,4** |
| '00 | 51,2 | 1,2 | 296,9 | 6,7 | 106,1 | 2,4 | **454,2** | **10,3** |
| '01 | 48,6 | 1,1 | 260,2 | 5,7 | 102,3 | 2,2 | **411,1** | **9,0** |

Bron: NIS, 2004a

### 1.1.6 Alcoholverbruik in de horeca

Behalve thuis wordt ook alcohol geconsumeerd op café of in restaurants. Volgens de budgetenquête werden in cafés of restaurants in 2001 1.326,85 EUR per huishouden uitgegeven (NIS, 2004a). Een deel van dat budget gaat naar alcoholische dranken. Gezinnen waarvan de referentiepersoon tussen 20 en 29 jaar is, geven het meest uit in cafés en restaurants. De zestigplussers doen dit het minst. Van de verschillende beroepsgroepen besteden zelfstandigen het meest op restaurant en op café.

We tellen in België steeds minder cafés. In 1999 waren er nog 20.124 drankgelegenheden, in 2002 zijn er nog 17.505 (Belgische Brouwers, 2004) (tabel 10). Het aantal hotels is tegenover 1999 ook gedaald van 1.677 naar 1.650. Het aantal restaurants is iets gestegen van 21.108 in 1999 naar 22.377 in 2001.
De provincie Antwerpen heeft het hoogste aantal horecazaken, gevolgd door de pro-

vincie West-Vlaanderen. Van al de provincies telt Oost-Vlaanderen de meeste cafés en Antwerpen de meeste restaurants. West-Vlaanderen heeft dan weer de meeste hotels.

**Tabel 10**
***Het aantal horeca-uitbatingen per provincie (2002)***

| provincie | hotels | restaurants | cafés | totaal horeca |
|---|---|---|---|---|
| Antwerpen | 132 | 3.780 | 2.623 | 6.535 |
| Vlaams-Brabant | 83 | 1.907 | 1.581 | 3.571 |
| West-Vlaanderen | 510 | 3.207 | 2.716 | 6.433 |
| Oost-Vlaanderen | 107 | 2.804 | 3.017 | 5.928 |
| Limburg | 96 | 1.812 | 1.394 | 3.302 |
| **Vlaams Gewest** | **928** | **13.510** | **11.331** | **25.769** |
| Waals-Brabant | 17 | 613 | 280 | 910 |
| Henegouwen | 60 | 1.963 | 2.291 | 4.314 |
| Luik | 190 | 2.046 | 1.385 | 3.621 |
| Luxemburg | 170 | 532 | 405 | 1.107 |
| Namen | 102 | 847 | 607 | 1.556 |
| **Waals Gewest** | **539** | **6.001** | **4.968** | **11.508** |
| **Brussels Gewest** | **183** | **2.866** | **1.206** | **4.255** |
| **België** | **1.650** | **22.377** | **17.505** | **41.532** |

Bron: Belgische Brouwers, 2004

## 1.1.7 Tewerkstelling in de alcoholindustrie

Ten slotte bekijken we de tewerkstelling in de alcoholproducerende nijverheid op basis van cijfers van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ). In Vlaanderen waren op 30 juni 2002 4.159 werknemers van brouwerijen opgenomen in de sociale zekerheid (RSZ, 2004) (tabel 11). Voor België waren er dat 5.673. In de hele sector van de productie van alcoholische dranken waren op 30 juni 2002 6.259 werknemers opgenomen in de sociale zekerheid voor heel België en 4.557 voor Vlaanderen. Tegenover 2000 daalde dit aantal voor België (- 0,76%) maar steeg het licht voor Vlaanderen (+ 0,09%).

**Tabel 11**
***Tewerkstelling in de productie van alcohol in Vlaanderen en België (30 juni 2002)***

| | vrouwen | mannen | totaal |
|---|---|---|---|
| ***Vlaams Gewest*** | | | |
| brouwerijen | 582 | 3.577 | **4.159** |
| mouterijen | 15 | 167 | **182** |
| vervaardiging van cider en andere vruchtenwijn | 34 | 132 | **166** |
| vervaardiging van gedistilleerde alc.dranken | 15 | 24 | **39** |
| vervaardiging van ethylalcohol door gisting | 5 | 6 | **11** |
| **totaal** | **651**<br>**14,3%** | **3.906**<br>**85,7%** | **4.557**<br>**100%** |
| ***België*** | | | |
| brouwerijen | 810 | 4.863 | **5.673** |
| mouterijen | 25 | 192 | **217** |
| vervaardiging van cider en andere vruchtenwijn | 62 | 247 | **309** |
| vervaardiging van gedistilleerde alc.dranken | 17 | 32 | **49** |
| vervaardiging van ethylalcohol door gisting | 5 | 6 | **11** |
| **totaal** | **919**<br>**14,7%** | **5.340**<br>**85,3%** | **6.259**<br>**100%** |

Bron: RSZ, 2004, berekeningen VAD

## 1.1.8 Kosten en baten van alcoholgebruik

Uit de sociale kosten- en batenanalyse die Pacolet e.a (2003) voor België maakten, blijkt dat de totale kost van alcoholgebruik 241 miljard BEF bedraagt en de totale baat 62 miljard BEF. De bruto kost komt neer op 2,5% van het BNP.
45% wordt gedragen door de gebruikers zelf. De overige burgers dragen 12 miljard BEF externe kosten en de bedrijven 31,5 miljard BEF. De overheid draagt met 88 miljard BEF bijna 37% van de totale sociale kosten. De directe gezondheidszorgkosten bedragen 22 miljard BEF, de jaarlijkse kosten van verkeersongevallen veroorzaakt door alcoholgebruik 58,5 miljard BEF. De directe kosten in de werkomgeving bedragen 88 miljard BEF, de overige directe kosten[13] 2 miljard BEF. De indirecte productiviteitsverlieskosten door morbiditeit en mortaliteit bedragen respectievelijk 14,3 miljard BEF en 44,7 miljard BEF.
Van de 62 miljard BEF aan baten komt de overheid 47,5% en de drinkers 52,5% toe. Als we de bruto kost van 241 miljard BEF vergelijken met de bruto baat van 62 miljard BEF komen we op een netto kost van 179,2 miljard BEF of 1,8% van het BNP.

[13] Daarmee wordt bedoeld, het deel van de totale uitgaven aan politiediensten, gerechtelijk apparaat en gevangeniswezen dat toe te schrijven is aan alcoholgebruik.

## 1.2 Vraag en aanbod van psychoactieve medicatie

### 1.2.1 Aanbod van geneesmiddelen

De statistiek van de industriële productie van het Nationaal Instituut voor de Statistiek geeft productiecijfers weer van de farmaceutische industrie (NIS, 2003c). In 2002 werd voor 2,1 miljard EUR geneesmiddelen geproduceerd.
Op basis van de statistiek van de buitenlandse handel kunnen we zeggen dat in 2003 126,9 miljoen verpakkingen geneesmiddelen[14] werden ingevoerd voor een bedrag van 19,9 miljard EUR (NBB, 2004). Er werden in 2003 138,5 miljoen verpakkingen uitgevoerd, voor een waarde van 18,8 miljard EUR.
Eind 2001 waren er in België 12.354 geregistreerde geneesmiddelen, waarvan er 11.200 voor humaan gebruik bestemd zijn (AVGI, 2003).

### 1.2.2 Voorschriften en verkoop

Welke van deze geneesmiddelen effectief worden verkocht, kunnen we nagaan aan de hand van de gegevens van IMS Health. IMS Health beschikt immers over verkoopsgegevens van geneesmiddelen, maar ook over gegevens die het voorschrijfgedrag in de ambulante sector aangeven[15].

We spitsen ons toe op de verkoop van pijnstillers, psycholeptica[16], psychoanaleptica[17] en geneesmiddelen die worden gebruikt bij de behandeling van afhankelijkheid[18].
Binnen de groep pijnstillers zijn het vooral de niet-narcotische pijnstillers die veel worden verkocht (tabel 12). In 2003 werden 40,5 miljoen verpakkingen verkocht (IMS Health, 2004). De narcotische pijnstillers en de anti-migrainemiddelen gaan veel minder over de toonbank. In 2003 werden 3 miljoen doosjes narcotische analgetica verkocht. De verkoop van anti-migrainemiddelen blijft de laatste jaren stabiel op iets meer dan 500.000 verpakkingen.

---

[14] In deze cijfers zijn de volgende geneesmiddelen opgenomen: geneesmiddelen die penicillinen, streptomycinen, antibiotica, hormonen, alkaloïden, jodium, insuline, provitaminen of vitaminen bevatten (categorieën 3003 en 3004 uit de statistiek van de buitenlandse handel).

[15] De *voorschriftgegevens* zijn kwalitatieve gegevens gebaseerd op een panel van artsen. Het panel bestaat uit 500 artsen, samengesteld uit 170 huisartsen en 330 specialisten van 15 specialiteiten. Zij registreren één week per trimester. Dit betekent dat ze voor elke consultatie een dubbel van het voorschrift doorgeven aan IMS-Health. Daarop worden nog gegevens van de patiënt vermeld, de diagnose, of het al dan niet gaat om een nieuwe behandeling, duur van de behandeling,.... Deze gegevens extrapoleert IMS-Health naar de hele artsenpopulatie in België. De niet-ambulante hospitaalpraktijk is niet in deze gegevens opgenomen. Deze cijfers geven enkel een indicatie van hoeveel keer een bepaald middel werd voorgeschreven. De *verkoopsgegevens* zijn afkomstig van 99,5% van de groothandel. Aantal verkochte eenheden staat voor het aantal verkochte verpakkingen.

[16] Onder psycholeptica verstaan we neuroleptica en anxiolytica, hypnotica en sedativa.

[17] Onder psychoanaleptica verstaan we antidepressiva en psychostimulantia.

[18] Een volledige lijst van wat we onder psychoactieve medicatie verstaan is opgenomen in bijlage 2.

**Tabel 12**
***Aantal verkochte verpakkingen niet-narcotische analgetica, narcotische analgetica en anti-migraine middelen***

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|---|---|---|---|
| **niet-narcotische analgetica** | **39.208.391** | **39.761.808** | **39.140.393** | **40.562.941** |
| *enkelvoudige preparaten* | 21.756.496 | 20.811.619 | 20.511.045 | 22.017.719 |
| *associaties (met coffeïne, codeïne, vit C, ...)* | 6.849.610 | 8.917.229 | 7.982.351 | 7.419.719 |
| *niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen* | 10.602.285 | 10.032.960 | 10.646.997 | 11.125.503 |
| **narcotische analgetica** | **2.780.692** | **2.666.685** | **2.814.343** | **3.031.622** |
| *enkelvoudig - zeer krachtig* | 301.228 | 343.817 | 400.077 | 511.367 |
| *enkelvoudig - middelmatig* | 1.318.351 | 1.373.262 | 1.466.414 | 1.526.333 |
| *enkelvoudig - minder krachtig* | 260.841 | 231.862 | 210.452 | 193.011 |
| *associaties* | 900.272 | 717.744 | 737.400 | 800.911 |
| **anti-migraine middelen** | **554.103** | **523.237** | **517.902** | **527.340** |
| **totaal** | **42.543.186** | **42.951.730** | **42.472.638** | **44.121.903** |

Bron: IMS Health, 2004

De meest verkochte niet-narcotische analgetica zijn enkelvoudige pijnstillers (IMS Health, 2004). In 2003 werden er 22 miljoen verpakkingen van verkocht. Daarvan zijn het vooral de pijnstillers op basis van paracetamol (bv. Dafalgan®, Perdolan®, Witte Kruis Mono®,...) die goed verkopen[19]. De verkoop van pijnstillers op basis van paracetamol bedroeg in 2003 13,9 miljoen verpakkingen.
Laatste in de rij staan de samengestelde pijnstillers met coffeïne, codeïne,... (bv. Aspirine Duo®, Dafalgan Codeïne®, Perdolan Compositum®,...). 7,4 miljoen doosjes gingen er daarvan in 2003 over de toonbank.

Bekijken we de voorschriftgegevens van IMS Health dan komt naar voor dat in 2003 vooral niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen (NSAID's) werden voorgeschreven uit de categorie niet-narcotische pijnstillers (tabel 13) (IMS Health, 2004). Het ging om 5,2 miljoen voorschriften tegenover 4,3 miljoen enkelvoudige niet-narcotische pijnstillers. Dit is te verklaren door het feit dat de meeste andere pijnstillers zonder voorschrift bij de apotheker zijn te bekomen.

---

[19] In de bespreking van de verkoopscijfers halen we hier en daar voorbeelden van merknamen aan omdat deze beter gekend zijn dan de stofnamen. In bijlage 2 is de volledige lijst met stofnamen en merknamen opgenomen.

**Tabel 13**
***Aantal voorschriften voor pijnstillers (2003)***

| | |
|---|---|
| **niet-narcotische analgetica** | **12.867.337** |
| *enkelvoudige preparaten* | 4.349.846 |
| *associaties (met coffeïne, codeïne, vit C, ...)* | 3.252.710 |
| *niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen* | 5.264.781 |
| **narcotische analgetica** | **2.365.279** |
| *enkelvoudig - zeer krachtig* | 258.351 |
| *enkelvoudig - middelmatig* | 960.991 |
| *enkelvoudig - minder krachtig* | 633.025 |
| *associaties* | 512.912 |
| **anti-migraine middelen** | **415.419** |
| **totaal** | **15.648.035** |

Bron: IMS Health, 2004

Vooral de narcotische analgetica kunnen leiden tot tolerantie en lichamelijke afhankelijkheid. Bekijken we de verkoop van deze producten dan valt meteen op dat narcotische analgetica met middelmatige activiteit (bv. Fortal®, Contramal®,...) het meest worden verkocht (tabel 12) (IMS Health, 2004). In 2003 wordt een verkoopsaantal van 1,5 miljoen bereikt. Op de tweede plaats komen de associaties van narcotische analgetica (bv. Valtran®,...) met 800.911 verkochte verpakkingen in 2003.
In vergelijking met 2002 is de verkoop van analgetica in 2003 verder gestegen. Enkel de samengestelde niet-narcotische pijnstillers en de minder krachtige narcotische analgetica gingen qua verkoop licht achteruit.

Psycholeptica, zijnde de neuroleptica en slaap- en kalmeringsmiddelen, zijn in 2003 goed voor bijna 18 miljoen verkochte verpakkingen (tabel 14) (IMS Health, 2004). Er werden in 2003 15,4 miljoen verpakkingen slaap- en kalmeringsmiddelen en 2,4 miljoen verpakkingen neuroleptica verkocht. Benzodiazepines zijn de meest verkochte slaap- en kalmeringsmiddelen: in 2003 gingen er 13 miljoen verpakkingen over de toonbank. De verkoop van slaap- en kalmeringsmiddelen slonk in 2003 met 53.926 verpakkingen. De verkoop van slaap- en kalmeringsmiddelen die verwant zijn aan de benzodiazepines (bv. Stilnoct®, Zolpidem®, Imovane®,...) nam tussen 2002 en 2003 nochtans toe.

**Tabel 14**
***Aantal verkochte verpakkingen psycholeptica***

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|---|---|---|---|
| neuroleptica | 2.464.827 | 2.441.211 | 2.481.316 | 2.488.615 |
| slaap- en kalmeringsmiddelen | 14.095.867 | 14.521.165 | 15.456.865 | 15.402.939 |
| *benzodiazepines* | 12.202.771 | 12.403.613 | 13.084.120 | 13.059.708 |
| *middelen verwant aan benzodiazepines* | 1.246.014 | 1.400.942 | 1.638.159 | 1.739.417 |
| *andere* | 647.082 | 716.610 | 734.586 | 603.814 |
| **totaal** | **16.560.694** | **16.962.376** | **17.938.181** | **17.891.554** |

Bron: IMS Health, 2004

In de voorschriftgegevens van IMS Health valt op dat de meeste voorschriften voor benzodiazepines voor vrouwen bestemd zijn, in het bijzonder voor vrouwen boven de 65 jaar en vrouwen tussen 40 en 54 jaar (tabel 15) (IMS Health, 2004). Iets meer dan 16.000 voorschriften worden gegeven aan meisjes onder de 20 jaar.
In 2003 schreven de Belgische artsen 8,6 miljoen keer een voorschrift voor slaap- en kalmeringsmiddelen. Meestal worden dan benzodiazepines voorgeschreven. De koplopers zijn lorazepam (bv. Temesta®), alprazolam (bv. Xanax®) en lormetazepam (bv. Stilnaze®).

**Tabel 15**
***Aantal voorschriften voor benzodiazepines naar sekse en leeftijd (2003)***

| leeftijd | mannen | vrouwen |
|---|---|---|
| 1-4 jaar | 1.920 | 1.697 |
| 5-11 jaar | 3.912 | 3.723 |
| 12-19 jaar | 15.628 | 10.972 |
| 20-29 jaar | 98.899 | 133.488 |
| 30-39 jaar | 231.237 | 382.030 |
| 40-54 jaar | 648.468 | 1.110.596 |
| 55-64 jaar | 511.778 | 885.283 |
| 65+ jaar | 1.044.387 | 2.570.990 |
| **totaal** | **2.556.229** | **5.098.779** |

Bron: IMS Health, 2004

Hoewel de verkoop van psychostimulantia (vooral dan metylfenidaat) in de lift zit, zijn antidepressiva de meest verkochte producten binnen de categorie psychoanaleptica. In 2003 werden 7,6 miljoen verpakkingen van antidepressiva verkocht (IMS Health, 2004). Sinds 2002 is de verkoop nog met 4,4% toegenomen. Vooral de tricyclische en aanverwante antidepressiva liggen goed in de markt (tabel 16). De verkoop van de oudere antidepressiva (eerste groep) daalt (bv. Prothiaden®, Redomex®,...). De nieuwste soort antidepressiva die begin jaren negentig werd ontwikkeld, de serotonine her-

opname remmers (SSRI's) (derde groep), maakt de sterkste opgang door (bv. Cipramil®, Aropax®, Seroxat®,...). De verkoop bedraagt in 2003 4,2 miljoen verkochte verpakkingen.

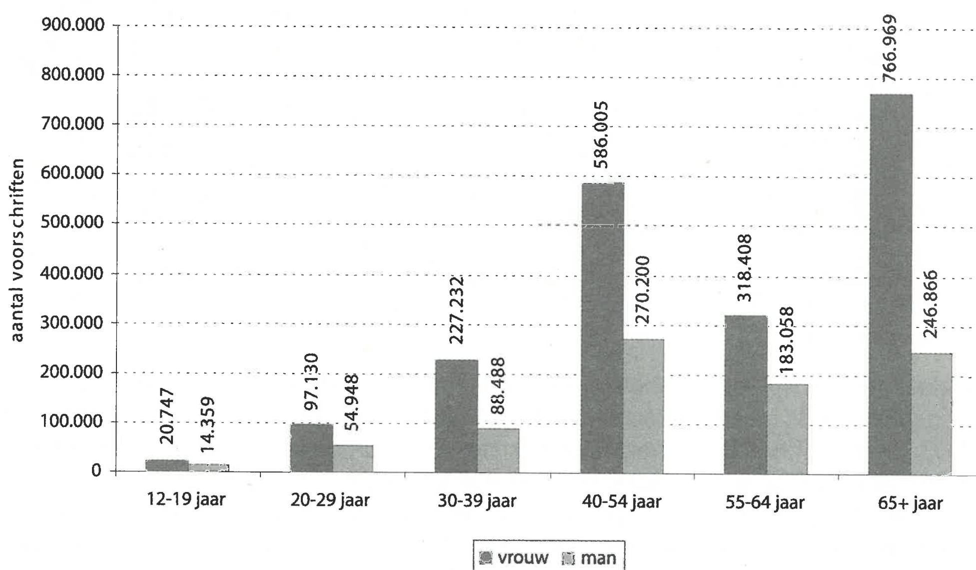
**Tabel 16**
***Aantal verkochte verpakkingen antidepressiva***

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|---|---|---|---|
| tricyclische en aanverwante antidepressiva | 6.195.573 | 6.646.480 | 7.164.828 | 7.495.628 |
| *eerste groep* | 947.355 | 908.838 | 865.913 | 743.367 |
| *tweede groep* | 1.876.971 | 2.113.161 | 2.393.007 | 2.548.828 |
| *derde groep (SSRI's)* | 3.371.247 | 3.624.481 | 3.905.908 | 4.203.433 |
| inhibitoren van de mono-amino-oxydasen | 41.400 | 31.789 | 26.378 | 21.134 |
| lithiumzouten | 101.087 | 101.986 | 107.422 | 104.335 |
| **totaal** | **6.379.460** | **6.812.044** | **7.298.628** | **7.621.097** |

Bron: IMS Health, 2004

In 2003 werden er 5,1 miljoen voorschriften voor antidepressiva voorgeschreven. Het grootste aandeel wordt ingenomen door de SSRI's (IMS Health, 2004). SSRI's worden meer aan vrouwen dan aan mannen voorgeschreven. Een kritieke leeftijdsgroep vormen net zoals voor benzodiazepines opnieuw de vrouwen tussen 40 en 54 jaar en de 65-plussers (grafiek 1).

**Grafiek 1**
***Aantal voorschriften voor SSRI's (2003)***

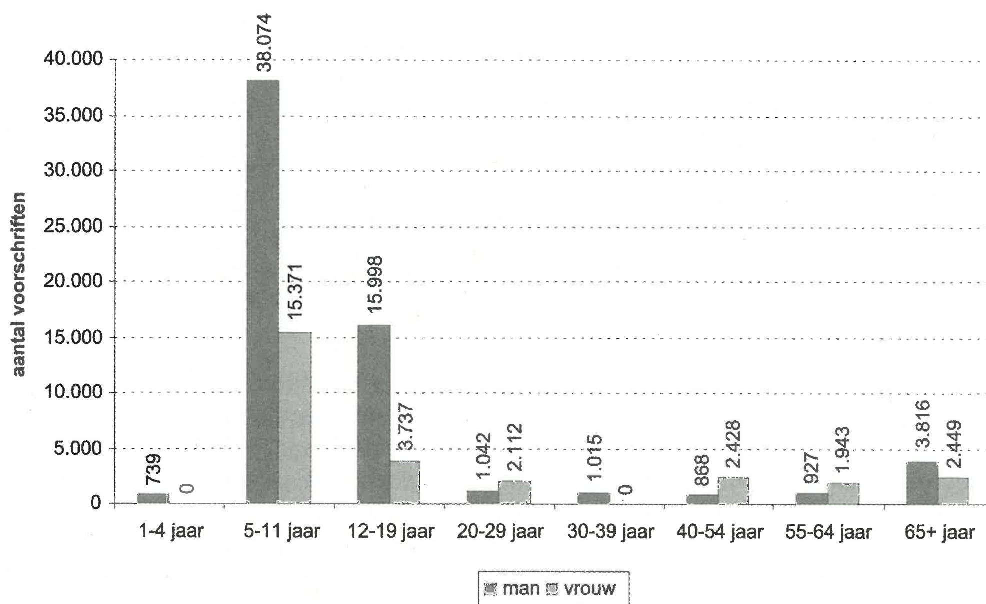



Bron: IMS Health, 2004

Psychostimulantia vormen qua verkoop de kleinste groep onder de psychoactieve medicatie met 709.968 verkochte verpakkingen in 2003 (IMS Health, 2004). Nochtans is de verkoop van deze producten sinds 2000 met 55,4% gestegen. Deze toename is vooral te wijten aan het grote succes van producten op basis van methylfenidaat (Rilatine® en Concerta®). De verkoop van methylfenidaat steeg met 11,8% tegenover 2002. Opvallend is nog dat het product modafinil (Provigil®) de laatste jaren aan een opmars bezig is.

In 2003 werden 93.081 voorschriften voorgeschreven voor methylfenidaat. Methylfenidaat wordt vooral voorgeschreven aan jongeren onder de twintig jaar en dan nog vooral aan jongens (grafiek 2). Het grootste aantal voorschriften gaat naar jongens tussen 5 en 11 jaar.

**Grafiek 2**
***Aantal voorschriften voor methylfenidaat naar sekse en leeftijd (2003)***




Bron: IMS Health, 2004

Geneesmiddelen voor de behandeling van afhankelijkheid vormen een aparte groep. De middelen tegen nicotineafhankelijkheid worden het meest verkocht (bv. Nicorette® kauwgum, Niquitin®,...) (tabel 17). Vanaf 2000 wordt er ook gebruik gemaakt van het product bupropion (Zyban®), een antidepressivum dat ook de ontwenningsverschijnselen bij rookstop vermindert. Van nicotine en bupropion samen gingen er in 2003 505.980 verpakkingen over de toonbank.

**Tabel 17**
***Aantal verkochte verpakkingen van middelen voor de behandeling van problematisch middelengebruik***

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|---|---|---|---|
| **afhankelijkheid nicotine** | 487.786 | 420.297 | 445.653 | 505.980 |
| *waarvan nicotine (bv. Nicorette®,...)* | 446.581 | 361.066 | 410.237 | 459.701 |
| *waarvan bupropion (Zyban®)* | 41.205 | 59.231 | 35.416 | 46.279 |
| **afhankelijkheid alcohol** | 121.888 | 128.526 | 142.412 | 138.318 |
| *waarvan disulfiram (Antabuse®)* | 24.207 | 22.995 | 23.349 | 23.670 |
| *waarvan acamprosaat (Campral®)* | 23.489 | 38.767 | 56.889 | 57.245 |
| *waarvan tiapride (Tiapridal®)* | 46.457 | 42.132 | 39.812 | 35.756 |
| *waarvan clomethiazol (Distraneurine®)* | 27.735 | 24.632 | 22.362 | 21.647 |
| **afhankelijkheid opiaten** | 39.620 | 40.988 | 50.589 | 138.439 |
| *methadonhydrochloride (Mephenon®)* | 14.068 | 15.624 | 17.610 | 20.240 |
| *buprenorfine (Subutex®, Temgesic®, Transtec®)* | 25.195 | 24.958 | 32.374 | 117.712 |
| *naltrexon (Nalorex®)* | - | 40 | 131 | 164 |
| *naloxon (Narcan®)* | 357 | 366 | 474 | 323 |

Bron: IMS Health, 2004

Van de geneesmiddelen die gebruikt worden in de farmacotherapie van alcoholafhankelijkheid bekijken we de verkoopscijfers van disulfiram, acamprosaat, tiapride en clomethiazol (tabel 17). Acamprosaat wordt pas vanaf 1997 aangewend. Tiapride is een neurolepticum en clomethiazol is een sedativum, doch deze producten worden hoofdzakelijk in de behandeling van alcoholafhankelijkheid toegepast. In 2003 werden er 138.318 verpakkingen van al deze geneesmiddelen verkocht. Tegenover 2002 is de verkoop van geneesmiddelen voor de behandeling van alcoholafhankelijkheid met 2,9% gedaald. Het meest verkochte product is in 2003 acamprosaat.
In 2003 werden er 138.439 verpakkingen producten verkocht die gebruikt worden in de behandeling van opiaatafhankelijkheid. We hebben het dan over methadonhydrochloride, buprenorfine, naltrexon en naloxon. In 2003 zien we meer dan een verdubbeling in de verkoop van deze producten die vooral toe te schrijven is aan een meerverkoop van buprenorfine[20]. Deze middelen vallen allemaal onder de categorie narcotische analgetica en kunnen strikt genomen dus ook als narcotische pijnstiller gebruikt worden in plaats van in de behandeling van opiaatafhankelijkheid. De cijfers kunnen dus een overschatting zijn.

[20] De meerverkoop van buprenorfine in 2003 kan te wijten zijn aan het feit dat Subutex® in de loop van 2003 werd geregistreerd als terugbetaalbaar geneesmiddel. De wet van 22 augustus 2002 (B.S. 1 oktober 2002) erkent de behandelingen met vervangingsmiddelen. Op 30 april 2004 werd een K.B. gepubliceerd dat de behandeling met vervangingsmiddelen reglementeert.

### 1.2.3 Uitgaven aan geneesmiddelen

Uit de resultaten van het huishoudbudgetonderzoek van het NIS ten slotte blijkt dat het Vlaamse gezin in 2001 gemiddeld 277,34 EUR uitgaf aan geneesmiddelen[21] (tabel 18) (NIS, 2004a). Dat is 0,94% van de jaarlijkse uitgaven van een gemiddeld Vlaams gezin. Per dag betekent dat een uitgavenpost van 0,76 EUR. Vlaamse huishoudens besteden in vergelijking met Brusselse en Waalse gezinnen het minst aan medicatie.
De gemiddelde uitgaven van ouderen aan geneesmiddelen zijn merkelijk hoger dan de uitgaven van jongere gezinnen. In 2001 gaf een Vlaams gezin waarvan de referentiepersoon 60 jaar of ouder is gemiddeld 305,25 EUR uit aan medicatie. Huishoudens waarvan de referentiepersoon tussen 20 en 29 jaar is, gaven gemiddeld 118,84 EUR uit aan geneesmiddelen. Eenzelfde tendens duikt op wanneer we de beroepsstatuten vergelijken want daaruit blijkt dat de gepensioneerden het meest besteden aan medicatie (323,58 EUR tegenover bijvoorbeeld 219,55 EUR door de zelfstandigen).

**Tabel 18**
***Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan geneesmiddelen per huishouden per jaar (2001)***

| België | Brussels Hoofdstedelijk Gewest | Vlaams Gewest | Waals Gewest |
|---|---|---|---|
| 300,34 | 327,12 | 277,34 | 331,79 |

Bron: NIS, 2004a

Het budget dat per gezin aan medicatie wordt besteed is met de jaren betrekkelijk stabiel gebleven. Midden jaren negentig gaven Vlaamse gezinnen gemiddeld 276,45 EUR uit aan geneesmiddelen, in 2001 is dat 277,34 EUR.
Wanneer we kijken hoeveel het aandeel van de aankoop van geneesmiddelen bedraagt op het totale budget dat aan gezondheid wordt besteed, merken we een kleine toename tussen 1995 en 2001 (van 25,7% naar 29,2%) (tabel 19).

**Tabel 19**
***Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan geneesmiddelen per huishouden per jaar en aandeel in budget besteed aan gezondheid, Vlaams Gewest[22]***

| | uitgaven aan gezondheid in EUR | uitgaven aan geneesmiddelen in EUR | % |
|---|---|---|---|
| 1995-1996 | 1.077,59 | 276,45 | 25,7 |
| 1996-1997 | 1.045,84 | 265,15 | 25,4 |
| 1997-1998 | 1.064,11 | 272,46 | 25,6 |
| 1999 | 1.212,82 | 293,95 | 24,2 |
| 2000 | 1.175,66 | 362,28 | 30,8 |
| 2001 | 1.302,65 | 380,97 | 29,2 |

Bron: NIS, 2004a

[21] Geneesmiddelen zijn niet verder gespecifieerd.
[22] Voor 1999 tot en met 2001 hebben we de categorieën "geneesmiddelen" (code 5101) en "niet gepreciseerde aankopen bij de apotheker" (code 5103) samengeteld om beter te kunnen vergelijken met voorgaande jaren.

### 1.2.4 Tewerkstelling in de farmaceutische industrie

De farmaceutische industrie is een belangrijke werkgever. Volgens gegevens van de Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie (AVGI) stelde de farmaceutische industrie in 2001 in België 23.792 personen te werk (AVGI, 2002)[23]. 47,3% van de werknemers is vrouw.
De tewerkstellingscijfers van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ, 2004) hebben uitsluitend betrekking op de vervaardigingsindustrie van medicatie en wijken dus enigszins af van deze van de AVGI[24]. In de sociale zekerheid zijn op 30 juni 2002 in het Vlaams Gewest 8.190 werknemers opgenomen die werken in de sector van de vervaardiging van farmaceutische producten (tabel 20). Het gaat om 45,2% vrouwen en 54,8% mannen. In België werken op 30 juni 2002 in totaal 18.997 personen (8.701 vrouwen en 10.296 mannen) in de farmaceutische verwerkende industrie.

**Tabel 20**
***Tewerkstelling in de farmaceutische verwerkende industrie in Vlaanderen en België (30 juni 2002)***

| | vrouwen | mannen | totaal |
|---|---|---|---|
| ***Vlaams Gewest*** | | | |
| vervaardiging van farmaceutische grondstoffen | 53 | 416 | 469 |
| vervaardiging van geneesmiddelen | 3.514 | 3.968 | 7.482 |
| vervaardiging van overige farmaceutische preparaten | 132 | 107 | 239 |
| **totaal** | **3.699** | **4.491** | **8.190** |
| | **45,2%** | **54,8%** | **100%** |
| ***België*** | | | |
| vervaardiging van farmaceutische grondstoffen | 227 | 647 | 874 |
| vervaardiging van geneesmiddelen | 7.955 | 9.241 | 17.196 |
| vervaardiging van overige farmaceutische preparaten | 519 | 408 | 927 |
| **totaal** | **8.701** | **10.296** | **18.997** |
| | **45,8%** | **54,2%** | **100%** |

Bron: RSZ, 2004, berekeningen VAD

[23] In dit cijfer is tevens de tewerkstelling opgenomen in farmaceutische bedrijven die niet in België produceren, maar wel in België commercialiseren. Het gaat om zo'n 40 à 80 bedrijven die men ook niet mag verwarren met de loutere groothandel in geneesmiddelen. De groothandel, die enkel geneesmiddelen aankoopt en doorverkoopt aan de apothekers, is niet in dit cijfer opgenomen.
[24] We moeten ook opmerken dat in 1993 de NACE-codes aangepast werden aan Europese normen. NACE is een economische activiteitennomenclatuur.

## 1.3 De markt van illegale drugs: vangsten, prijzen en aanbod

### 1.3.1 Inbeslagnames

Ook voor illegale drugs trachten we een beeld te geven van de marktsituatie via de inbeslagnames en de geschatte drugprijzen. We baseren ons daarvoor op gegevens van de federale politie en de administratie douane en accijnzen.
Bij de interpretatie van deze data moet men voor ogen houden dat drugvangsten een weerspiegeling zijn van prioriteiten en strategieën in het vervolgingsbeleid en van de beschikbare middelen (EWDD, 2003). In beslag genomen hoeveelheden zijn daarenboven moeilijk te beoordelen omdat de hoeveelheid meteen toeneemt wanneer zich een uitzonderlijke drugvangst voordoet. Het aantal vangsten geeft daarom een beter beeld van de marktsituatie.
Cannabis is in de hele Europese Unie, uitgezonderd Portugal, het meest in beslag genomen product (EWDD, 2003). Sinds 1985 stijgt het aantal vangsten van cannabis en ook de in beslag genomen hoeveelheid neemt toe. Sinds 1995 blijft de in beslag genomen hoeveelheid redelijk stabiel en sinds 1999 lijkt ook het aantal cannabisvangsten gestabiliseerd te zijn.
Het aantal heroïnevangsten heeft zich de laatste jaren gestabiliseerd, maar de onderschepte hoeveelheden zijn toegenomen. Het Verenigd Koninkrijk is de koploper op het gebied van heroïnevangsten. Het aantal vangsten van cocaïne is in de Europese Unie sinds het midden van de jaren tachtig toegenomen. Ook de hoeveelheid in beslag genomen cocaïne vertoont een stijgende lijn. In Spanje werden de meeste cocaïnevangsten genoteerd. Het aantal amfetaminevangsten en de onderschepte hoeveelheden amfetamines nemen weer toe na een lichte terugval in de periode 1999-2000. Het aantal XTC-vangsten stijgt sinds midden jaren tachtig. De in beslag genomen hoeveelheid lijkt veeleer gestabiliseerd te zijn. Nederland en België zijn de belangrijkste locaties voor de productie van XTC en amfetamines. Het Verenigd Koninkrijk neemt de laatste jaren de grootste hoeveelheden in beslag van deze synthetische producten.

In het jaarverslag van de administratie der douane en accijnzen zijn cijfers opgenomen over inbeslagnames van illegale drugs (tabel 21). Deze verschillen echter van de officiële cijfers die de federale politie doorgeeft aan de Verenigde Naties (tabel 22). De administratie douane en accijnzen baseert zich op gegevens van de Nationale Opsporingsdirectie.
Voor de douane blijven cannabisproducten over de jaren heen een belangrijk aandeel uitmaken van de in beslag genomen verdovende middelen (Administratie der douane en accijnzen, 2003) (tabel 21). In 2002 werd er in vergelijking met 2001 dubbel zoveel cannabis in beslag genomen. In 2002 werden er heel wat minder XTC-pillen in beslag genomen (85.191 tegenover 885.502 in 2001). De heroïnevangst is in 2002 spectaculair gestegen in vergelijking met andere jaren. De hoeveelheid in beslag genomen cocaïne stijgt alsmaar verder. Hallucinogenen en paddestoelen werden ook heel wat meer dan voorgaande jaren gevonden.

**Tabel 21**
***In beslag genomen verdovende middelen (in gram)***

| producten | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---|---|---|
| cannabis | 6.392.909 gram | 15.109.165 gram | 33.101.383 gram |
| qat | 289.500 gram | 3.970.000 gram | 490.285 gram |
| heroïne | 2.239 gram | 1.426 gram | 48.389 gram |
| cocaïne | 1.162.447 gram | 1.463.590 gram | 3.950.872 gram |
| amfetamines | - | 125.168 gram | 50 gram + 4.413 stuks |
| stimulantia (XTC) | 550.700 pillen | 885.502 pillen | 4.166 gram + 85.191 pillen |
| hallucinogenen | 59 gram | 16 gram | 1.205 gram + 1.165 stuks |
| paddestoelen | - | - | 3.268 gram + 15 stuks |

Bron: Administratie der douane en accijnzen, 2003

Vertrekken we van het aantal drugvangsten uit de data van de federale politie, dan werden er in 2003 vooral marihuana, hasj en amfetamines in beslag genomen (respectievelijk 10.229, 4.116 en 3.702 vangsten) (Federale Politie, 2004b) (tabel 22). Qua hoeveelheid scoren marihuana (13.194 kg), hasj (5.655 kg) maar ook XTC (58.278 tabletten) en cocaïne (644 kg) hoog.
In 2003 werd er heel wat minder heroïne in beslag genomen in vergelijking met de voorgaande jaren.

**Tabel 22**
***In beslag genomen drugs (in kg, eenheden en aantal inbeslagnames) (2003)***[25]

| | | hoeveelheid | aantal inbeslagnames |
|---|---|---|---|
| **cannabis** | cannabisplanten | 27.339 planten | 296 |
| | marihuana | 13.194 kg 778 g | 10.229 |
| | hasj | 5.655 kg 300 g | 4.116 |
| | cannabisolie | - | 11 |
| **opiaten** | opium | 145 g | 6 |
| | morfine | 104 g | 6 |
| | heroïne | 51 kg | 1.104 |
| | andere opiaten | 80 g | 1 |
| **type cocaïne** | cocabladeren | 1 kg 256 g | 1 |
| | cocapasta | 852 g | 3 |
| | cocaïne base | 8 g | 1 |
| | crack | 74 g | 15 |
| | cocaïne (chloorhydraat) | 644 kg | 1.825 |
| **type amfetamines** | amfetamines + methamfetamine | 209 kg | 3.702 |
| | XTC | 58.278 tabletten | - |
| | andere fenethyline | - | 4 |
| **hallucinogenen** | LSD | 4.235 eenheden | 17 |
| | andere psylocybine | 26 g | 1 |
| **slaap- en kalmeringsmiddelen** | barbituraten | - | - |
| | benzodiazepines | - | - |
| | methaqualone | 676 g | - |
| **andere drugs** | khat | 620 kg 642 g | 126 |
| | niet gedefinieerd | 950 tabletten | - |

Bron: Federale Politie, 2004b

## 1.3.2 Drugprijzen

Het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD) maakt jaarlijks de vergelijking tussen de drugprijzen in de landen van de Europese Unie en Noorwegen. In 2001 varieert de straatwaarde van heroïne tussen 31 tot 194 EUR per gram en bleef daarmee stabiel tegenover de voorgaande jaren (EWDD, 2003). De straatwaarde van cocaïne bleef stabiel of daalde in de meeste landen van de Europese Unie. In 2001 varieert de straatwaarde van cocaïne van 47 tot 187 EUR per gram. De prijs van cannabis bleef stabiel. In 2001 schommelt de prijs van cannabishars (hasj) van 2,3 tot 26,6 EUR per gram en de prijs voor cannabisbladeren (weed) varieert tussen 1,9 en 8 EUR per gram.

[25] Het betreft hier de inbeslagnames door de gerechtelijke diensten arrondissement (GDA) en de inbeslagnames aan de buitengrenzen. In de in beslag genomen hoeveelheden zitten dus geen gebruikershoeveelheden vervat, noch de resultaten van drugcontroleacties in het kader van 'drugs en verkeer' en 'drugtoerisme'. Het gaat hier dus om inbeslagnames op het niveau van trafiek (invoer, uitvoer, verkoop).

De prijs voor XTC en amfetamine stabiliseert zich. Amfetamines kosten gemiddeld tussen 12 en 40 EUR per gram, voor XTC-pillen wordt tussen 6 en 20 EUR per stuk gevraagd. Synthetische drugs zijn het goedkoopst in België en in het Verenigd Koninkrijk.

De prijs van illegale producten is afhankelijk van de kwaliteit van het product. De prijs per dosis is sterk afhankelijk van de hoeveelheid die per dosis wordt gebruikt en de gebruiksgewoonten van de gebruiker. De straatwaarde van illegale drugs is bovendien zeer sterk tijdsgebonden. Ook de setting (straat, party,...) waarin drugs worden aangekocht, beïnvloedt de prijs. Drugprijzen kunnen ook regionaal sterk verschillen. Uiteraard is tevens de aangekochte hoeveelheid een belangrijke factor die de prijs bepaalt. We kunnen in feite enkel een voorzichtige indicatie geven van de prijzen per dosis uitgaande van de geschatte prijzen van de Federale Politie. In tabel 23 staan de prijzen zoals de federale politie ze overmaakt aan het drugbestrijdingsprogramma van de Verenigde Naties.
Cocaïne is volgens de richtprijzen van de Federale Politie het duurst. Eén gram cocaïne kost volgens de Federale Politie gemiddeld 45 EUR (tabel 23). Heroïne kost gemiddeld 27 EUR per gram. XTC en cannabis zijn vrij goedkoop (4 à 7 EUR per pil/gram). Amfetamines kosten ongeveer 7 EUR per gram.

**Tabel 23**
***Prijzen van illegale drugs (2003)***[26]

| | groothandel | | kleinhandel | |
|---|---|---|---|---|
| | marge | gemiddelde | marge | gemiddelde |
| bruine heroïne | 13.000 - 25.000 EUR/kilo | 18.550 EUR/kilo | 9 - 50 EUR/gram | 27 EUR/gram |
| amfetamines | 1.000 - 3.000 EUR/kilo | 2.150 EUR/kilo | 7 - 7 EUR/gram | 7 EUR/gram |
| cocaïne | 20.000 - 30.000 EUR/kilo | 26.200 EUR/kilo | 10 - 75 EUR/gram | 45 EUR/gram |
| XTC | 400 - 2.200/1.000 pillen | 1.165/1.000 pillen | 4 - 7 EUR/pil | 5,5 EUR/pil |
| marihuana | 1.800 - 2.500 EUR/kilo | 2.150 EUR/kilo | 4 - 6 EUR/gram | 5 EUR/gram |
| hasj | 1.550 - 2.350 EUR/kilo | 1.900 EUR/kilo | 4 - 7 EUR/gram | 5,5 EUR/gram |
| GHB | 240 - 1.000/liter | 625/liter | 8 - 12 EUR/dosis | 10 EUR/dosis |
| LSD | n.b. | n.b. | 7 - 13 EUR/dosis | 10 EUR/dosis |

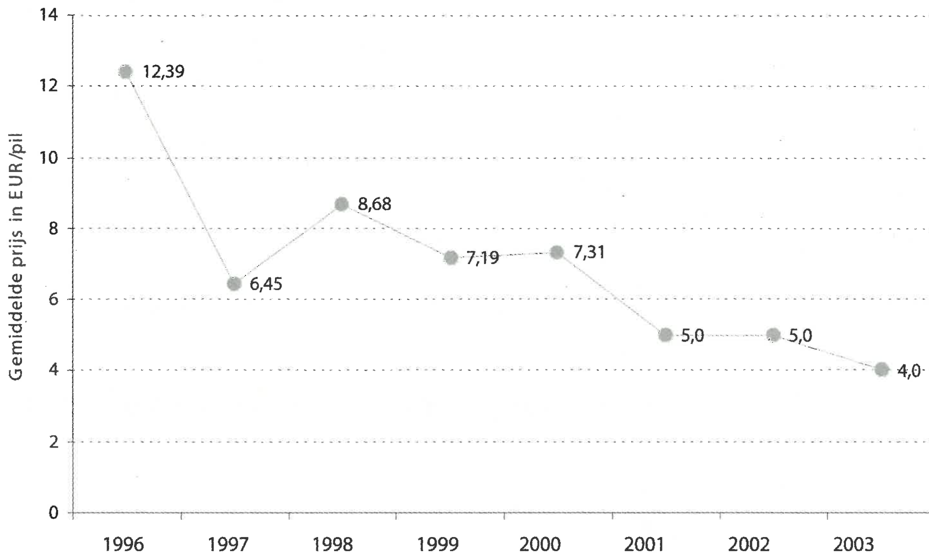
n.b.: niet beschikbaar

Bron: Federale Politie, 2004a

Een opmerkelijke tendens die uit de cijfers van de Federale Politie naar voor komt is de dalende prijs voor XTC (Federale politie, 2004a). Midden jaren negentig bedroeg de gemiddelde prijs van een XTC-tablet nog meer dan 10 EUR (grafiek 3). Nu heb je al vanaf 4 EUR een XTC-pil. Waaraan dat te wijten is kunnen we niet met zekerheid zeggen. Een mogelijke verklarende factor is volgens de politie het grote aanbod.
De prijs van bruine heroïne is op tien jaar tijd gehalveerd van gemiddeld 50 naar 27 EUR per gram. In de periode 1996-2000 schommelde de prijs van cocaïne tussen de 50 en de 60 EUR per gram. In 2003 bedraagt de gemiddelde prijs voor een gram cocaïne 45 EUR. De prijzen voor cannabis bleven de laatste jaren stabiel.

[26] De centrale dienst drugs van de federale politie vroeg in november 2003 alle arrondissementele informatiekruispunten (AIK's) om op basis van hun onderzoeken en inlichtingen de gangbare drugprijzen voor 2003 over te maken.

**Grafiek 3**
***Evolutie van de kleinhandelsprijzen van XTC***




Bron: Federale politie, 2004a

## 1.3.3 Beschikbaarheid van illegale middelen[27]

Uit onderzoek krijgen we een beeld van de mate waarin drugs gekend en beschikbaar zijn. Uit een opiniepeiling bij 15-24-jarigen in het kader van de Eurobarometer blijkt dat 64,8% van de bevraagde jongeren mensen kent die cannabis gebruiken (EORG, 2004). 45,7% kent mensen die andere drugs gebruiken. 46,2% kreeg al cannabis aangeboden en 26,2% kreeg al andere drugs aangeboden.
De meeste jongeren zeggen dat ze gemakkelijk aan drugs kunnen geraken (EORG, 2004). Feestjes en cafés of clubs zijn de plaatsen waar de jongeren het gemakkelijkst aan drugs kunnen komen (tabel 24). Behalve voor de buurt waar men woont, scoort België voor alle locaties hoger dan het Europees gemiddelde.

**Tabel 24**
***Plaatsen waarvan jongeren zeggen dat ze er gemakkelijk aan drugs kunnen komen***

| | in de woonbuurt | op of dichtbij school | op feestjes | in cafe's/clubs |
|---|---|---|---|---|
| EU | 63% | 57% | 79% | 76% |
| België | 55% | 60% | 83% | 88% |

Bron: EORG, 2004

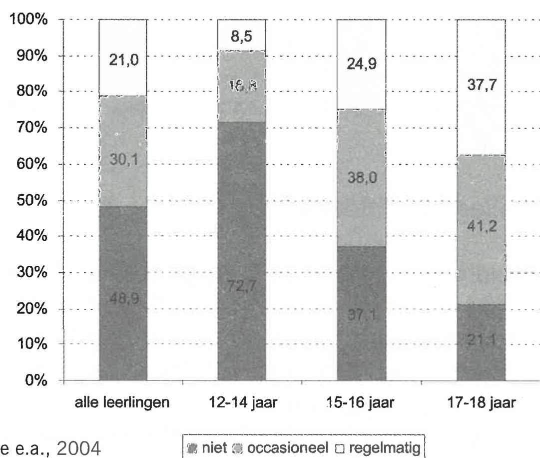
In het onderzoek 'European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs' (ESPAD) behoort België tot de landen waar de meeste respondenten wel een plaats

[27] In bijlage 1 wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.

kennen waar ze cannabis kunnen kopen (70%) (Hibell e.a. 2004). 43% denkt gemakkelijk cannabis te kunnen kopen in discotheken of bars, 38% op straat en 30% bij een dealer. 34% geeft aan dat ze op school cannabis kunnen kopen waarmee België hoog scoort in vergelijking met de andere deelnemende landen aan de studie.

51,1% van alle jongeren die de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) in het kader van de leerlingenbevraging enquêteerde, is ooit al eens op een plaats geweest waar illegale drugs worden gebruikt (Kinable, 2004). 21,0% komt zelfs minimaal één keer per week op dergelijke plaatsen. Hoe ouder de leerlingen, hoe groter de kans dat ze ooit al eens op een dergelijke plaats zijn geweest en hoe groter de kans dat dit frequenter gebeurt (grafiek 4). Zo komt bijna 4 op 10 van de leerlingen van 17 en 18 jaar (37,7%) minstens 1 maal per week op een dergelijke plaats, terwijl bijna driekwart (72,7%) van de 12- tot 14-jarigen daar nog nooit is geweest.

**Grafiek 4**
***Hoe vaak leerlingen op plaatsen komen waar illegale drugs worden gebruikt (2003-2004)***




Bron: Kinable e.a., 2004

Naarmate jongeren ouder worden kunnen ze gemakkelijker aan cannabis geraken (Jespers e.a., 2004). Van de jongens zegt 67,2% in het eerste jaar dat ze zeer moeilijk aan cannabis zouden geraken. Dit neemt af naar 37,4% in het derde en 15,2% in het vijfde jaar. In het vijfde jaar kan bijna de helft van de jongens zeer gemakkelijk aan cannabis geraken. Meisjes hebben het iets moeilijker om aan cannabis te geraken dan jongens.
De jongeren uit het eerste jaar zeggen zeer moeilijk aan cocaïne te kunnen geraken (72,3% van de jongens en 89,0% van de meisjes). In het vijfde jaar slinken deze percentages naar 3 op 10 voor de jongens en 4 op 10 voor de meisjes. 1 op 5 jongens uit het vijfde jaar en 1 op 10 meisjes uit het vijfde jaar kan zeer gemakkelijk aan cocaïne geraken. Het is voor jongeren duidelijk eenvoudiger om aan cannabis te geraken dan aan cocaïne.

De ervaren cannabisgebruikers die bevraagd werden in het onderzoek van Decorte e.a. (2003) kopen cannabis via of van hun vrienden. Een derde van de cannabisgebruikers die zelf hun cannabis kopen zegt dat ze ook andere drugs kunnen verkrijgen op de plaats van aankoop. Men doelt dan vooral op XTC.

# Hoofdstuk 2. Opinies over middelengebruik[28]

In verschillende onderzoeken vanuit diverse hoeken en disciplines werd in de periode 2000-2004 gepeild naar opinies over middelengebruik.
De Rodin Stichting peilde in het Jongeren en Welzijn Onderzoek naar het beeld dat jongeren hebben over gebruikers van alcohol of cannabis (Patesson e.a., 2003a-b). 90,2% van de jongeren vindt niet dat iemand die van tijd tot tijd alcohol drinkt een verslaafde is (Patesson e.a., 2003a). Huidige gebruikers van alcohol zijn daar nog sterker van overtuigd dan jongeren die nog nooit alcohol dronken. Bijna de helft van de jongeren vindt iemand die elke dag alcohol gebruikt een verslaafde (49,9%).
71,1% van de jongeren is het niet eens met de bewering 'eens men begint, kan men niet meer stoppen' en 79,0% gelooft niet in de stelling 'er is alcohol nodig om een goede ambiance te creëren'.
69,8% is akkoord met de bewering 'alcohol is schadelijk voor de gezondheid', 55,1% met de uitspraak 'alcohol maakt agressief' en 93,6% gaat akkoord met de stelling 'alcohol verhoogt het risico op wegaccidenten'.
Voor de helft van de jongeren is iemand die af en toe cannabis gebruikt geen verslaafde (Patesson e.a., 2003b). Vooral de jongeren die cannabis gebruiken of probeerden zijn die mening toegedaan. Bijna driekwart van de jongeren vindt iemand die dagelijks cannabis gebruikt een drugverslaafde.

In het Sociaal en Gezondheidsonderzoek in Antwerpen tracht men na te gaan hoe jongeren de gezondheidsrisico's van middelengebruik inschatten. In het eerste jaar vinden ongeveer 6 op 10 jongeren (59,1% van de jongens en 61,9% van de meisjes) dat jongeren een groot risico lopen wanneer ze 5 of meer alcoholische drankjes na elkaar drinken (Jespers e.a., 2004). In het vijfde jaar vinden al veel minder jongens (15,2%) en meisjes (26,6%) dat een groot risico. Jongens schatten het risico verbonden aan alcoholgebruik lager in dan meisjes. Bij de hogere jaren zijn het vooral de jongeren uit het KSO die weinig risico verbinden aan alcoholgebruik: minder dan 1 jongen op 10 uit het KSO zegt dat het drinken van 5 of meer alcoholische drankjes na elkaar een groot risico inhoudt. Belgische jongens en jongens met een 'andere' afkomst[29] geven het minst aan dat ze 5 glazen alcohol of meer na elkaar drinken een groot risico vinden.
Er zijn meer jongeren die het gezondheidsrisico van 1 of 2 keer cocaïne uitproberen als zeer groot inschatten in vergelijking met 5 of meer glazen alcohol drinken. Tussen de eerste- en vijfdejaars is er op dit vlak weinig verschil. De meeste jongeren vinden dat cocaïne uitproberen een zeer groot gezondheidsrisico inhoudt. De jongens uit het ASO en de meisjes uit het KSO schatten het risico van cocaïnegebruik het hoogst in. Turkse of Marokkaanse jongeren schatten het risico van cocaïnegebruik hoger in dan hun collega's met een Belgische of een Oost-Europese, Aziatische of Afrikaanse afkomst.

Een focusgroeponderzoek bij leerlingen uit Gentse secundaire scholen ging na hoe leerlingen het drugfenomeen in en rond de school percipiëren (Vander Laenen, 2003).
In alle focusgroepen geven de leerlingen aan dat er drugbezit is op school. In 6 van de

[28] In bijlage 1 wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.
[29] Jongeren met een andere afkomst zijn in dit onderzoek Oost-Europese, Aziatische of Afrikaanse jongeren. Daarnaast zijn er in dit onderzoek Belgische jongeren en jongeren met een Marokkaanse of Turkse afkomst.

7 focusgroepen zeggen de leerlingen dat er geen drugs worden gebruikt op school. In 5 van de 7 focusgroepen zeggen de leerlingen dan ook dat er geen drugprobleem is op school. Het is wel mogelijk dat leerlingen onder invloed zijn van drugs op school of hun gebruik op school voorbereiden. In de omgeving van de school worden volgens de leerlingen wel drugs gebruikt, vooral na schooltijd.
Het product dat het meest als drug wordt benoemd is cannabis. De meeste leerlingen merken dat er geëxperimenteerd wordt met cannabis door medeleerlingen. Het vernoemen van gebruik van andere illegale drugs is eerder uitzonderlijk. Gebruik van cannabis vinden de leerlingen 'minder erg' dan gebruik van andere illegale drugs, alcohol en tabak. Cannabisgebruik blijkt 'genormaliseerd'.
De meeste leerlingen komen op plaatsen waar drugs worden gebruikt. De helft van de leerlingen kent in zijn omgeving mensen die drugs gebruiken (klasgenoten, vrienden, broers,...). De meest aangehaalde reden om drugs te gebruiken is nieuwsgierigheid. Leerlingen kopen cannabis via vrienden of 'via via', maar ze beschouwen de verkopers niet als dealers.

Uit hetzelfde onderzoek bij leerlingen uit Gentse scholen blijkt dat de leerlingen vrij goed op de hoogte zijn van de recente wijzigingen in de drugwetgeving[30] (Vander Laenen, 2003). Slechts 6 leerlingen zeggen helemaal niet te weten wat kan en wat niet kan. In alle focusgroepen weten de leerlingen dat de wetswijziging betrekking heeft op cannabis. In 6 van de 7 focusgroepen zeggen de leerlingen dat de wijziging in de wetgeving enkel geldt voor meerderjarigen. In 4 focusgroepen weet men dat de hoeveelheid cannabis die men in zijn bezit mag hebben, beperkt is en dat dealen strafbaar is. Het blijft hen echter onduidelijk of men cannabis al dan niet mag kweken. In 5 van de 7 focusgroepen weten de leerlingen dat gebruik van cannabis niet is toegelaten in de buurt van minderjarigen, in het openbaar en dat men geen overlast mag veroorzaken.

Deze resultaten worden tegengesproken door een onderzoek van Gelders en Van Mierlo (2004) over de kennis van jongeren over de cannabiswetgeving en hun houding tegenover de wijze waarop de overheid hierover communiceerde. Het onderzoek vond plaats in maart 2003 bij een onderzoeksgroep van jongeren tussen 16 en 20 jaar uit het vierde jaar ASO en het vierde en zevende jaar BSO en studenten uit de tweede kandidatuur politieke en sociale wetenschappen en burgerlijk ingenieur van de KU Leuven.
Dit onderzoek bewijst dat de gebrekkige communicatie over de drugwetgeving, de kennis van de respondenten duidelijk negatief heeft beïnvloed. Gemiddeld 71% van de respondenten antwoordt fout of wist het antwoord niet op de basisvragen uit tabel 25. Slechts 17,9% haalt een score van meer dan 40%.

---

30 Hier wordt de wet van 2 juni 2003 bedoeld. Op 21 oktober 2004 werd artikel 16 van deze wet door het arbitragehof vernietigd. Op 31 januari 2005 verscheen een nieuwe gemeenschappelijke richtlijn in het Belgisch Staatsblad.

**Tabel 25**
***Kennis over de drugwetgeving*[31]**

| stellingen in verband met de drugwetgeving | juist antwoord | fout antwoord | weet niet |
|---|---|---|---|
| volgens de drugwet die nu geldt, kan ik door het parket vervolgd worden wanneer ik cannabis bezit als 18-jarige | 35,1% | 43,7% | 21,2% |
| volgens de drugwet die nu geldt, kan ik door het parket vervolgd worden wanneer ik thuis op mijn vensterbank één cannabisplantje kweek | 27,7% | 52,9% | 19,4% |
| volgens de drugwet die nu geldt, wordt er een onderscheid gemaakt tussen cannabis en andere illegale drugs | 15,7% | 65,2% | 19,1% |
| de nieuwe drugwet is goedgekeurd door de Kamer | 40,0% | 12,5% | 47,6% |
| de nieuwe drugwet is al van kracht | 26,6% | 31,7% | 41,7% |
| gemiddelden | 29,0 | 41,2% | 29,1% |

Bron: Gelders & Van Mierlo, 2004

68% van de jongeren is van mening dat de overheidscommunicatie over de cannabiswetgeving teveel ruimte liet voor eigen interpretatie. 77,3% vindt dat de verschillende politieke posities voor veel verwarring hebben gezorgd.
De informatieconsumptie[32] van de respondent heeft geen significant effect op de kennis van de huidige cannabiswetgeving. De kennis van de respondenten over de cannabiswetgeving wordt wel significant beïnvloed door hun kennis over politieke instellingen en hun politieke interesse. Leeftijd en onderwijsniveau[33] hebben een positief effect op de kennis over de cannabiswetgeving. Studenten politieke wetenschappen scoren hoger dan studenten burgerlijk ingenieur.
De tegenstrijdige onderzoeksresultaten met het onderzoek van Vander Laenen (2003) kunnen verklaard worden door de verschillen in gebruikte onderzoeksmethode, de leeftijd van de respondenten, de opleidingsgraad en het moment van het onderzoek (Gelders en Van Mierlo, 2004).

Ervaren cannabisgebruikers willen cannabis het liefst gelegaliseerd zien (63%) (Decorte e.a., 2003). 23% vond dat cannabisgebruik moet gedecriminaliseerd worden, maar dat handel moet verboden blijven. 10% van deze respondenten vindt dat cannabisgebruik verboden moet blijven.

[31] De drugwet die nu geldt verwijst naar de drugwet van 1921 aangezien de nieuwe wet van 2 juni 2003 op het moment van de bevraging nog niet was goedgekeurd door de Senaat.
[32] De variabele informatieconsumptie is samengesteld op basis van vragen over de frequentie en de manier waarop de respondenten geconfronteerd worden met nieuws via televisie, radio en krant en met actualiteitsprogramma's op televisie.
[33] Er werden jongeren bevraagd uit het secundair onderwijs en uit het universitair onderwijs.

In de eurobarometer werd aan Europese jongeren tussen 15 en 24 jaar gevraagd welke ze de meest effectieve maatregelen vinden om druggerelateerde problemen aan te pakken (EORG, 2004). De drie voornaamste maatregelen zijn: hardere maatregelen nemen tegen drugdealers en trafikanten (60%), meer behandeling en rehabilitatie van druggebruikers (53%) en hardere maatregelen nemen tegen producenten en fabrikanten (49%). Informatiecampagnes worden met 42% als vierde genoemd.

Uit het leefsituatieonderzoek dat het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (CBGS) in samenwerking met het Kinderrechtencommissariaat (KRC) in 2000 uitvoerde, blijkt dat moeders het meest bezorgd zijn over het feit dat zoon of dochter in aanraking komt met drugs (Van Ranst e.a., 2002). Meer moeders (48,3%) dan vaders (39,0%) maken zich hierover zorgen. Vaders zijn meer bang dat hun zoon in aanraking komt met drugs dan hun dochter: 45,1% tegenover 31,9%.

Uit de jaarlijkse survey van de Administratie Planning en Statistiek (APS) van de Vlaamse Gemeenschap komt naar voor dat de Vlaming druggebruik bij jongeren als een belangrijk maatschappelijk probleem ervaart (Vanweddingen, 2004). 40,2% van de Vlamingen heeft dit probleem in zijn top 5 aangehaald. Daarmee bekleedt dit probleem de eerste plaats. Welke problemen belangrijk worden gevonden is voor een deel leeftijdsgebonden. De 'gevoeligheid' voor het drugprobleem bij jongeren is het grootst bij de 35-44-jarigen en de 55-64-jarigen. Vooral loontrekkenden liggen wakker van het druggebruik bij jongeren. Bij de zelfstandigen komt dit probleem pas op de derde plaats. Als er gekeken wordt naar wat nu het voornaamste probleem is dan komt druggebruik bij jongeren als tweede uit de bus, na 'het wegvallen van normen en waarden'. Meer vrouwen dan mannen blijken in te zitten over het druggebruik bij jongeren.

# Hoofdstuk 3. Consumptie van middelen en frequentie van gokken [34]

## 3.1 Hoeveel drinkt de Belg?

### 3.1.1 Per capita consumptie[35]

Belgen dronken in 2002 gemiddeld 96 liter bier, 17 liter wijn en 3,5 liter[36] sterke drank (tabel 26). In totaal dronken we gemiddeld 7,9 liter pure alcohol in 2002[37]. Tegenover 2000 is de totale gemiddelde consumptie van alcohol licht gedaald. De consumptie van bier en wijn ging achteruit. Het verbruik van sterke drank steeg licht. Tegenover tien jaar geleden drinken we heel wat minder bier, iets minder wijn en iets meer sterke drank.

**Tabel 26**
***Per capita consumptie van alcoholische dranken door de Belgische bevolking***

| jaar | sterke drank (liter pure alcohol) | bier (liter) | wijn (liter) | totaal (liter pure alcohol) |
|---|---|---|---|---|
| 1990 | 1,20 | 120,7 | 24,9 | 9,9 |
| 1991 | 1,17 | 111,3 | 23,9 | 9,4 |
| 1992 | 1,20 | 112,0 | 24,8 | 9,6 |
| 1993 | 1,26 | 109,5 | 25,6 | 9,6 |
| 1994 | 1,17 | 106,0 | ca 24,0 | 9,2 |
| 1995 | 1,11 | 104,0 | ca 25,0 | 9,1 |
| 1996 | 1,14 | 102,0 | ca 25,0 | 9,1 |
| 1997 | 1,21 | 101,0 | ca 25,0 | 9,1 |
| 1998 | 1,13 | 98,0 | 19,4 | 8,2 |
| 1999 | 1,13 | 99,8 | ca 20,0 | 8,4 |
| 2000 | 1,21 | 98,2 | ca 20,0 | 8,4 |
| 2001 | 1,21 | 97,1 | 18,7* | 8,1 |
| 2002 | 1,24 | 96,0 | 17,0* | 7,9 |

*: geschatte data

Bron: Commission for Distilled Spirits, 2004

### 3.1.2 Bierconsumptie volgens biertype

In 2003 loopt 55,9% van de bierconsumptie via de horeca en 44,1% via winkels (Belgische Brouwers, 2004).
Pils is al jaren het meest gedronken bier. Tussen 1998 en 2002 steeg de consumptie

[34] In bijlage 1 wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.
[35] Is de consumptie per persoon berekend op de totale bevolking.
[36] De consumptie van sterke drank in liter pure alcohol wordt hier vermenigvuldigd met een standaardfactor 2,85 om het aantal liter te bekomen.
[37] Wanneer we de consumptie van bier en wijn omzetten in liter pure alcohol dan werd er in 2002 in België per persoon 4,64 liter pure alcohol uit bier gedronken en 2,0 liter pure alcohol uit wijn. Daarbij gaan we uit van een gemiddeld percentage alcohol van 4,83% in bier en 12% in wijn.

nog met 3,2%. De laatste jaren steeg vooral de consumptie van abdijbieren en zware blonde bieren (tabel 27). Ook de regionale bieren en trappist werden iets meer gedronken. De overige biertypes boeten aan populariteit in. Ook alcoholvrij of -arm bier wordt minder en minder gedronken.

**Tabel 27**
***De bierconsumptie in België naargelang het biertype***

| biertype | 1998 hl | 1999 hl | 2000 hl | 2001 hl | 2002 hl | evolutie 1998-2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| abdij | 489.507 | 518.185 | 535.416 | 573.955 | 591.868 | +20,9% |
| alcoholvrij/arm | 97.532 | 95.616 | 88.742 | 85.561 | 80.138 | -17,8% |
| amber | 637.316 | 591.279 | 512.559 | 457.867 | 418.005 | -34,4% |
| britse | 159.745 | 152.914 | 147.004 | 138.792 | 131.044 | -18,0% |
| geuze/fruit | 216.031 | 221.947 | 214.070 | 215.407 | 207.897 | -3,8% |
| luxe pils | 213.518 | 209.658 | 177.331 | 173.598 | 170.704 | -20,1% |
| pils | 6.796.264 | 6.973.966 | 7.005.828 | 7.027.169 | 7.014.178 | +3,2% |
| regionaal | 78.193 | 84.161 | 79.924 | 79.266 | 79.450 | +1,6% |
| tafelbier | 280.869 | 293.073 | 267.265 | 244.223 | 227.609 | -19,0% |
| trappist | 216.649 | 221.072 | 219.325 | 219.879 | 224.222 | +3,5% |
| witbier | 565.798 | 564.541 | 541.678 | 488.313 | 461.745 | -18,4% |
| zuur | 69.807 | 76.750 | 68.498 | 68.887 | 65.542 | -6,1% |
| zwaar blond | 189.758 | 203.092 | 206.761 | 213.447 | 228.995 | +20,7% |
| **totaal** | **10.010.987** | **10.206.254** | **10.064.401** | **9.986.364** | **9.901.397** | -1,1% |

Bron: Belgische Brouwers, 2004

## 3.1.3 België in de wereld

België staat in 2002 18de genoteerd op de wereldranglijst inzake alcoholverbruik voor de totale alcoholconsumptie (tabel 28) (Commission for Distilled Spirits, 2004). Luxemburg en Hongarije staan op kop. In 2000 stond Hongarije nog op drie. Tsjechië, dat in 2000 de tweede plaats innam, zakt nu naar de vierde positie. Ierland belandt terug in de top drie. Luxemburg blijft haar hoge positie aanhouden. De verklaring kunnen we zoeken in de lage taksen op alcohol waardoor er veel alcohol wordt aangekocht die echter voor onmiddellijke export bestemd is. Ook in landen met veel toerisme (bv. Portugal, Frankrijk, Spanje) krijgt men een vertekende hoge 'per capita consumptie' van alcohol. Opmerkelijk is dat Italië als vakantieland niet meer in de top 20 is terug te vinden.
Voor het verbruik van sterke dranken staat België pas op de 34ste plaats op de wereldranglijst. België behoort echter tot de meest bierverbruikende landen en staat 8ste op wereldvlak. Voor wijnconsumptie bevindt België zich, vergeleken met andere landen, ergens tussenin, namelijk op de 22ste plaats.

**Tabel 28**

***De twintig meest alcoholverbruikende landen, met gemiddelde hoeveelheid liter pure alcohol per persoon***

| gemiddelde hoeveelheid geconsumeerde pure alcohol per capita uitgedrukt in liter | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| **1 Luxemburg** | 12,9 | 13,2 | 12,4 | 11,9 |
| **2 Hongarije** | 10,6 | 10,9 | 11,1 | 11,1 |
| **3 Ierland** | 9,6 | 10,7 | 10,8 | 10,8 |
| **4 Tsjechië** | 11,0 | 11,0 | 10,9 | 10,8 |
| **5 Duitsland** | 10,6 | 10,5 | 10,4 | 10,4 |
| **6 Frankrijk** | 10,7 | 10,4 | 10,5 | 10,3 |
| **7 Portugal** | 10,6 | 10,3 | 10,3 | 9,7 |
| **8 Spanje** | 9,9 | 9,8 | 9,8 | 9,6 |
| **9 Verenigd Koninkrijk** | 8,4 | 8,4 | 9,1 | 9,6 |
| **10 Denemarken** | 9,5 | 9,5 | 9,5 | 9,5 |
| **11 Oostenrijk** | 9,3 | 9,2 | 9,0 | 9,2 |
| **12 Cyprus** | 7,1 | 7,4 | 7,9 | 9,1 |
| **13 Zwitserland** | 9,2 | 9,2 | 9,2 | 9,0 |
| **14 Slovakije** | 8,1 | 8,9 | 8,7 | 8,8 |
| **15 Rusland** | 8,6 | 8,6 | 8,6 | 8,6 |
| **16 Roemenië** | 7,3 | 7,4 | 9,9 | 8,5 |
| **17 Nederland** | 8,2 | 8,2 | 8,1 | 8,0 |
| **18 België** | 8,4 | 8,4 | 8,1 | 7,9 |
| **19 Griekenland** | 8,4 | 8,0 | 7,9 | 7,8 |
| **20 Letland** | 7,7 | 7,7 | 7,5 | 7,7 |

Bron: Commission for Distilled Spirits, 2004

In vergelijking met onze directe buurlanden moeten we qua bier drinken onderdoen voor Duitsland waar in 2002 gemiddeld 121,5 liter bier per persoon werd gedronken en het Verenigd Koninkrijk waar men ruim 100 liter bier per persoon dronk in 2002 (tabel 29). Fransen en Italianen drinken het meest wijn. In vergelijking met België wordt in die landen drie keer zoveel wijn gedronken. België scoort opvallend lager dan de buurlanden Nederland, Frankrijk en Duitsland in de gemiddelde hoeveelheid sterke drank die jaarlijks wordt gedronken.

**Tabel 29**

***Internationale vergelijking van de alcoholconsumptie in liter per persoon voor bier, wijn en sterke drank (2002)***

| | België | Nederland | Frankrijk | Duitsland | Verenigd Koninkrijk | Italië | Spanje |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| bier | 96,0 | 79,2 | 34,8 | 121,5 | 100,6 | 28,2 | 73,4 |
| wijn | 17,0 | 19,0 | 56,0 | 24,2 | 19.6 | 51,0 | 29,6 |
| sterke drank | 3,4 | 4,8 | 6,8 | 5,7 | 4,8 | 1,1 | 6,8 |

Bron: Commission for Distilled Spirits, 2004

### 3.1.4 Alcoholconsumptie van jongeren

Alcoholgebruik neemt toe met de leeftijd en piekt in de leeftijdsgroep 45-64 jaar. De alcoholconsumptie van jonge mensen was de afgelopen jaren het voorwerp van menig onderzoek over gezondheidsgedrag. In de studie 'Health Behaviour in School-Aged Children' (HBSC) en de VAD-leerlingenbevraging werd het drinkgedrag van Vlaamse jongeren onderzocht (Vereecken & Maes, 2002; Kinable, 2004). België nam in 2003 voor eerst deel aan het ESPAD-onderzoek waarin onder meer de alcoholconsumptie van 15-16-jarigen werd bekeken (Hibell e.a., 2004). De Rodin Stichting en het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisatie (OIVO) namen eveneens het alcoholgebruik van Belgische jongeren onder de loep (Patesson e.a., 2003a; OIVO, 2003b). In het tweede Sociaal en Gezondheidsonderzoek werd het alcoholgebruik van Antwerpse jongeren onderzocht, de provincie Limburg bestudeerde de drinkgewoonten van de Limburgse schoolpopulatie en de welzijnsraad van Overijse deed hetzelfde voor Overijse en de omliggende gemeenten (Jespers e.a., 2004; Provincie Limburg, 2003; Cogge, 2003).

#### 3.1.4.1 VAD-leerlingenbevraging

De leerlingenbevraging van VAD in het kader van een drugbeleid op school leverde voor het schooljaar 2003-2004 opnieuw gegevens over het alcoholgebruik van jongeren in het secundair onderwijs (Kinable, 2004). 87,2% van de jongeren dronk ooit alcohol en 70,2% van de leerlingen dronk het afgelopen jaar alcohol. Slechts 16,9% van de jongeren die ooit alcohol dronken, deed dit het afgelopen jaar niet. In de jongste leeftijdsgroep (12 tot 14 jaar) heeft meer dan driekwart van de leerlingen ooit al alcohol (78,8%) gedronken. Het ooit-gebruik stijgt verder nog met de leeftijd: bijna alle 17-18-jarigen (94,4%) dronken ooit alcohol.
Ongeveer 3 op 10 meisjes en jongens hebben het voorbije jaar geen alcohol gedronken (32,1% versus 27,5%). 40,9% dronk minder dan 1 maal tot meerdere malen per maand[38] en 29,3% minstens 1 maal per week[39] alcohol. Meisjes drinken eerder minder dan 1 keer tot meerdere malen per maand alcohol (46,0% tegenover 35,9% van de jongens), terwijl meer jongens dit minstens 1 maal per week doen (36,6% tegenover 21,9% van de meisjes). Het laatstejaarsgebruik van alcohol ligt hoger in het TSO en in het BSO dan in het ASO.

De meeste jongeren dronken het jaar voorafgaand aan de bevraging bier (54,9%), alcopops[40] (50,0%) en wijn (48,0%) (grafiek 5). Bier wordt veel frequenter gedronken dan de andere dranken. 23,4% van de leerlingen dronk het jaar voor de bevraging minstens 1 maal per week bier. Voor alcopops was dit 9,1% en voor wijn 7,0%.

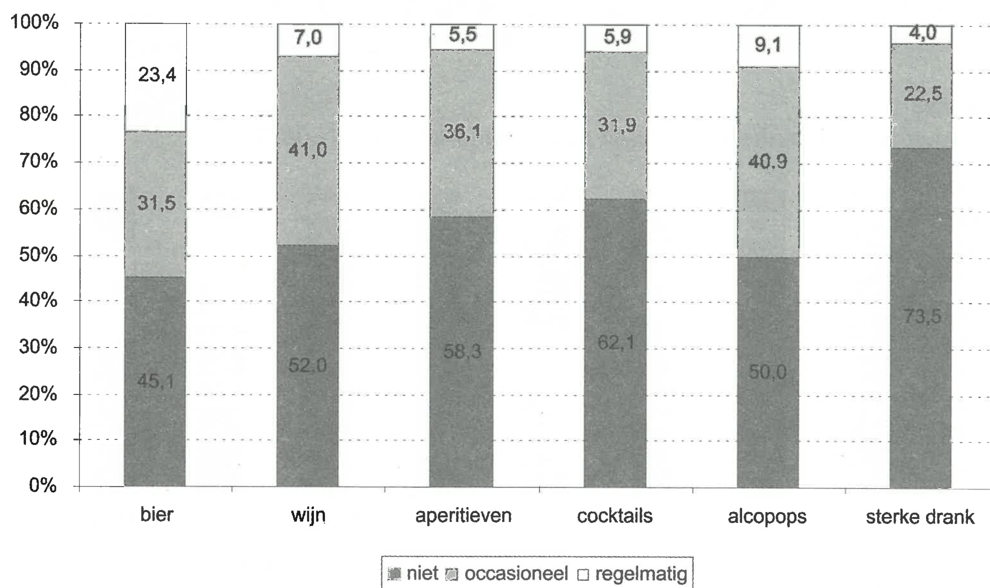
---

[38] Minder dan 1 maal tot meerdere malen per maand gebruiken wordt in deze studie gedefinieerd als occasioneel gebruik.

[39] Minstens 1 maal per week gebruiken wordt in deze studie gedefinieerd als regelmatig gebruik.

[40] Alcopops zijn mixdrankjes van sterke drank met frisdrank, bijvoorbeeld Bacardi-Breezer®.

**Grafiek 5**
***Laatstejaarsgebruik van alcohol (2003-2004)***




Bron: Kinable, 2004

Terwijl in de jongste leeftijdsgroep nog 50,1% van de leerlingen tijdens het voorbije jaar geen alcohol dronk, heeft 86,9% van de 17-18-jarigen dit wel gedaan (Kinable, 2004).
Tot 16 jaar zijn er in verhouding nog meer occasionele dan regelmatige drinkers. Bij de oudste leerlingen is dit omgekeerd: meer dan de helft van hen (55,1%) dronk het afgelopen jaar minstens 1 maal per week alcohol, tegenover 31,8% minder vaak.

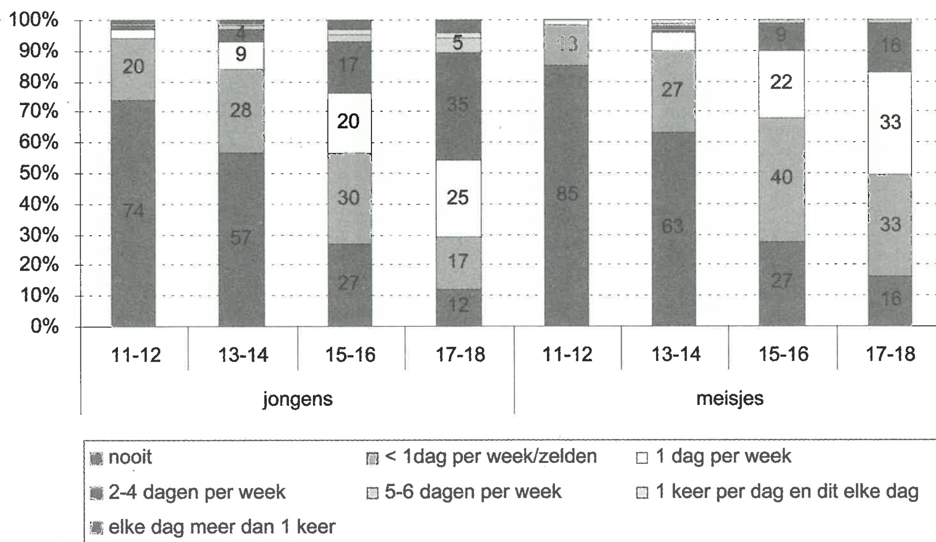
### 3.1.4.2 HBSC-studie

Uit de foodchecklist van de HBSC-studie die in 2002 voor het laatst werd uitgevoerd, blijkt dat 13% van de jongens en 5% van de meisjes de voorgaande dag een alcoholische drank dronk (Vereecken & Maes, 2002). Een kwart van de jongens tussen 17 en 18 jaar dronk de voorgaande dag alcohol. Iets meer jongens uit het BSO en het TSO (24%) consumeerden de voorgaande dag een alcoholische drank dan jongens uit het ASO (16%). Bij de meisjes dronken ook vooral de BSO-leerlingen de afgelopen dag alcohol (10%).

De HBSC-vragenlijst peilde daarnaast naar de consumptiefrequentie van alcohol per week. Jongens drinken frequenter alcohol dan meisjes (grafiek 6). 6% van de 11-12-jarige jongens en 2% van de 11-12-jarige meisjes drinkt minstens 1 dag per week alcohol. Bij de 13-14-jarigen stijgen deze percentages tot 16% voor de jongens en 10% voor de meisjes. Op de leeftijd van 17-18 jaar drinkt 71% van de jongens en 50% van de meisjes minstens 1 dag per week alcohol. Jongens gaan op die leeftijd frequenter drinken: 35% drinkt 2-4 dagen per week alcohol en 4% drinkt dagelijks meer dan 1

keer alcohol.
Dagelijks alcohol drinken komt vooral voor bij de jongens uit het BSO (9%) en het TSO (6%). Ook bij de meisjes valt het op dat de leerlingen uit het BSO en het TSO frequenter drinken dan hun collega's uit het ASO.

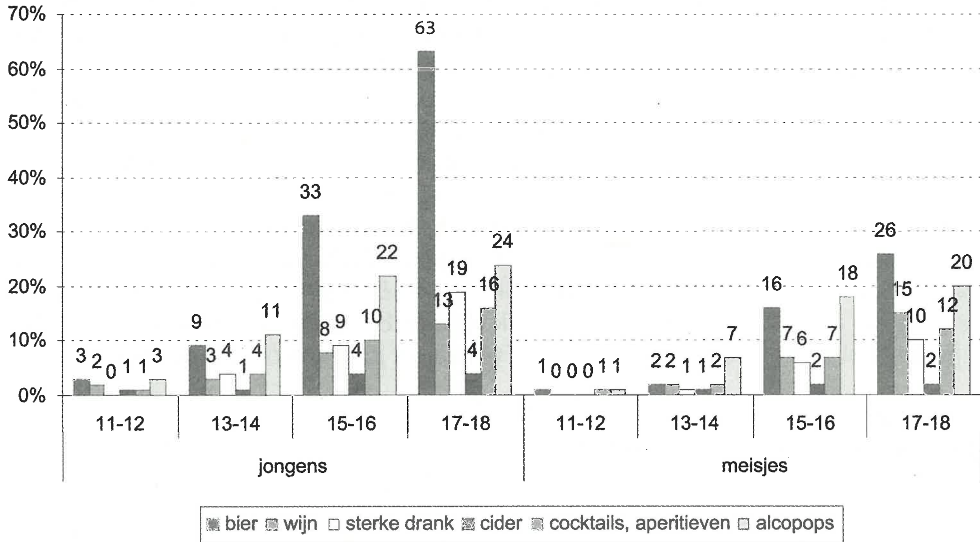
**Grafiek 6**
***Consumptiefrequentie van alcohol naar leeftijd en sekse (2002)***




Bron: Vereecken & Maes, 2002

Van de verschillende soorten dranken (bier, wijn, sterke drank, cider/schuimwijn, cocktails/aperitieven, alcopops) is bier nog altijd het populairst. 27% van de jongens en 11% van de meisjes drinkt minstens wekelijks bier. 63% van de 17-18-jarige jongens drinkt minstens wekelijks bier, waarvan 5% dagelijks (grafiek 7). In het BSO drinkt 7% van de jongens dagelijks bier. Alcopops zijn de tweede meest geliefde alcoholische drankjes. Meisjes en jongens lijken deze drankjes in dezelfde mate te appreciëren. Vooral de 13-14-jarige meisjes verkiezen alcopops boven bier.

**Grafiek 7**
***Wekelijks drinken naar leeftijd, sekse en soort alcohol (2002)***




Bron: Vereecken & Maes, 2002

### 3.1.4.3 ESPAD-onderzoek

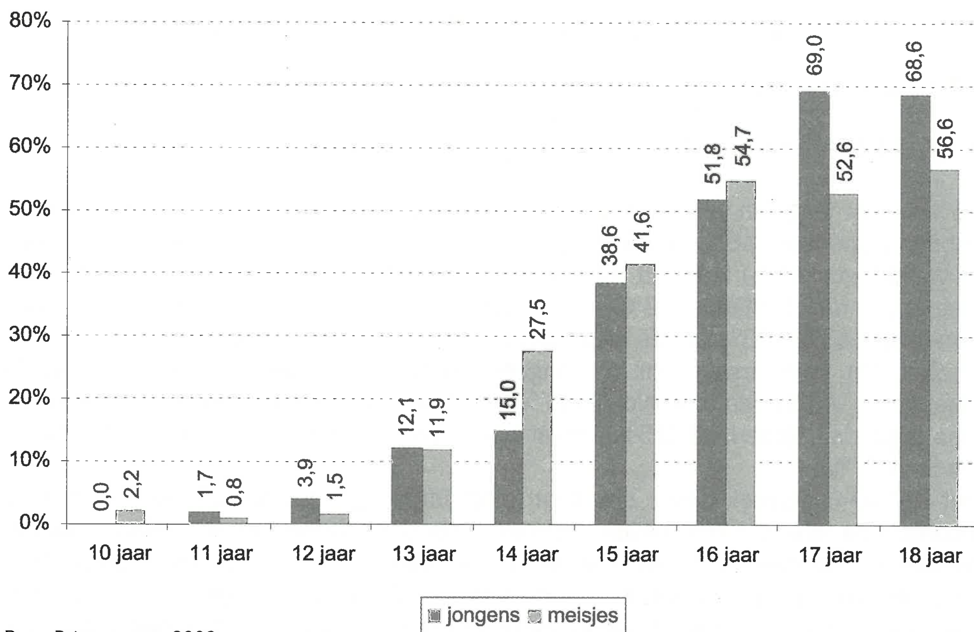
36% van de jongeren verklaarde op hun 15de à 16de al meer dan 40 keer alcohol te hebben gedronken (46% van de jongens en 27% van de meisjes) (Hibell e.a., 2004). In Vlaanderen (40%) komt dit meer voor dan in Wallonië (32%). België scoort daarmee hoger dan Frankrijk (22%), maar lager dan Nederland (45%) en het Verenigd Koninkrijk (43%). 20% van de respondenten dronk de voorbije maand 10 keer of meer alcohol. Dit komt meer voor bij jongens (28%) dan meisjes (13%) en meer in Vlaanderen (23%) dan in Wallonië (17%). Wat de buurlanden betreft scoren we daarmee lager dan Nederland (25%), maar hoger dan het Verenigd Koninkrijk (17%) en Frankrijk (7%).
Het ESPAD-onderzoek peilde ook naar 'binge drinking', gedefinieerd als minstens 5 alcoholische dranken na elkaar drinken. Vooral in Denemarken, Ierland, Malta, Nederland, Noorwegen, Polen, Zweden en het Verenigd Koninkrijk komt 'binge drinking' veel voor. België situeert zich in de subtop: 22% van de jongeren dronk de voorbije maand 3 keer of meer 5 alcoholische dranken na elkaar (28% jongens en 14% meisjes). Vlaanderen en Wallonië verschillen op dit vlak nagenoeg niet. Nederland (28%), Duitsland (28%) en het Verenigd Koninkrijk (27%) kennen een hogere frequentie van 'binge drinking' dan België. In Frankrijk (9%) wordt dit fenomeen aanzienlijk minder frequent gerapporteerd.

### 3.1.4.4 Jongeren en Welzijn onderzoek

In 2003 nam de Rodin Stichting bij jongeren tussen 10 en 18 jaar een enquête af over welzijn en middelengebruik. Het percentage jongeren dat reeds alcohol dronk of probeerde, neemt in dit onderzoek toe met de leeftijd (Patesson e.a., 2003a). Van de 10-

jarigen heeft 11,4% ooit alcohol gedronken of geprobeerd, van de 18-jarigen heeft bijna iedereen ooit wel eens alcohol gedronken of geprobeerd (90,1%). Bij de leeftijdsgroepen van 10-12 jaar zijn er telkens meer Franstalige dan Nederlandstalige jongeren die al alcohol dronken of probeerden. Bij de jongeren van 10, 13, 14 en 16 jaar zijn er meer meisjes dan jongens die al alcohol dronken of probeerden.
Vanaf de leeftijd van 15 jaar hebben de meeste jongeren het afgelopen jaar alcohol gedronken. In die leeftijdsgroepen zeggen meer Nederlandstalige dan Franstalige jongeren dat ze de afgelopen 12 maanden alcohol dronken. Jongens spannen niet altijd de kroon wat betreft het gebruik van alcohol: bij de jongeren van 10, 13, 14 en 16 jaar zijn er meer meisjes dan jongens die het afgelopen jaar alcohol dronken.
Op dit ogenblik gebruikt 40,3% van de 15-jarigen, 53,3% van de 16-jarigen en meer dan 60% van de 17-18-jarigen alcohol. Bij de 14-16-jarigen zijn er meer meisjes dan jongens die alcohol drinken op dit ogenblik (grafiek 8). Onder de 16-jarigen gebruiken bijna dubbel zoveel Nederlandstalige als Franstalige jongeren op dit ogenblik alcohol.

**Grafiek 8**
***Gebruik van alcohol op dit ogenblik***




Bron: Patesson e.a., 2003a

Van de jongeren die momenteel alcohol drinken, drinkt 69,7% enkele keren per week of in het weekend. 26% doet dat minder frequent. 4,8% van de jongens die momenteel drinken doen dat elke dag. Franstaligen drinken minder frequent dan Nederlandstaligen, jongens drinken frequenter dan meisjes.

In de enquête Jongeren en Welzijn werd aan de jongeren die alcohol drinken ook gevraagd wie hen het voor het eerst alcohol heeft voorgesteld (Patesson e.a., 2003a). Dat gebeurde in de meeste gevallen door de ouders (32,9%) en bij één vijfde van de

jongeren door een vriend (22,2%). 23,7% is er uit zichzelf mee begonnen (niemand stelde het voor).
Jongeren proberen alcohol voornamelijk uit nieuwsgierigheid: om te proeven en om te weten welk effect het heeft (69,8%). De beoogde effecten van het drinken van alcohol zijn volgens de jongeren: ontspanning (53,8%), zich goed voelen (46,0%), goedgeluimd zijn (52,9%), problemen vergeten (10,9%), minder timide en meer open durven zijn (42,5%), dronken zijn (14,1%), doen zoals de anderen (25,1%).
80,2% van de jongeren gebruikt alcohol in groep, 46,3% in familiekring en 48,4% bij het uitgaan in de discotheek.

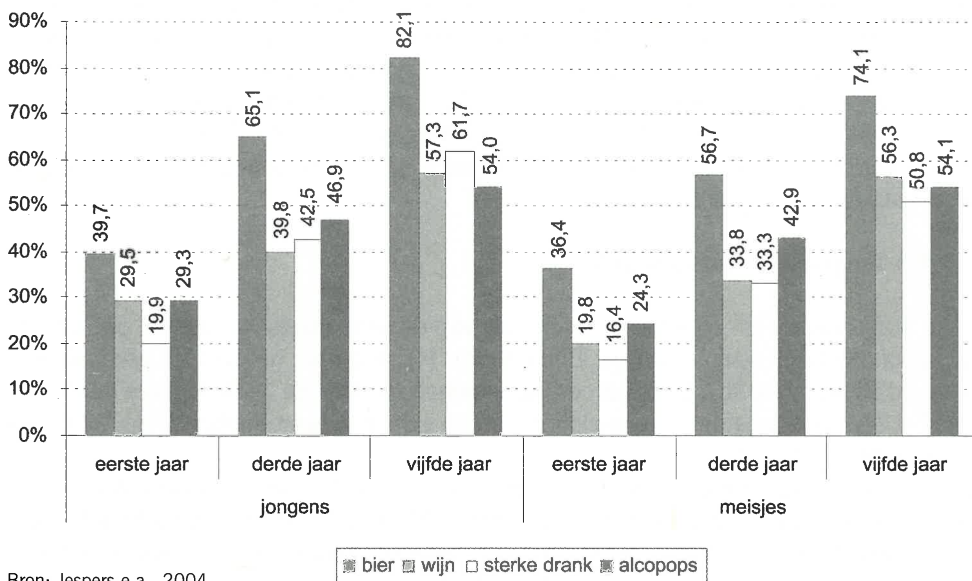
### 3.1.4.5 Jongeren en verslavingen

OIVO, het onderzoeks- en informatiecentrum van de verbruikersorganisatie, onderzocht het alcoholgebruik van jongeren. Bijna 9 op 10 jongeren hebben al eens alcohol geproefd (OIVO, 2003b). Deze percentages nemen toe met de leeftijd. Twee derde van de 11-12-jarigen proefde al eens alcohol, bij de 15-18-jarigen hebben 9 op 10 jongeren al eens alcohol geproefd.
De meeste 11-12-jarigen proefden al eens wijn. Op de tweede plaats komt bier, gevolgd door breezers. Van de oudere jongeren heeft 8 op 10 al bier geproefd. Iets meer dan driekwart heeft al eens breezers geproefd en iets minder dan driekwart proefde al eens van aperitieven. Cocktails, wijn en sterke drank scoren bij de 15-18-jarigen minder goed.
Jongeren van 11-12 jaar drinken gemiddeld 1,5 alcoholische drank per week, jongeren tussen 15 en 16 jaar consumeren gemiddeld 3,9 alcoholische dranken per week en het consumptiepeil van de 17-18-jarigen bedraagt gemiddeld 4 alcoholische dranken per week.
16% van de 11-12-jarigen kocht al ooit alcohol voor zichzelf. Bij de 15-16-jarigen gaat het om 50% en bij de 17-18-jarigen om 67%. De 15-18-jarigen doen dat vooral met hun eigen zakgeld.

### 3.1.4.6 Sociaal en Gezondheidsonderzoek Antwerpen (SEGO II)

Jongens drinken vaker alcohol dan meisjes, zo blijkt ook uit het tweede SEGO-onderzoek dat tijdens het schooljaar 2002-2003 in Antwerpen plaatsvond (Jespers e.a., 2004). De frequentie van het alcoholgebruik neemt toe met de leeftijd (grafiek 9). Op jonge leeftijd drinken de jongeren vooral bier en alcopops. De oudste jongens drinken vooral bier en sterke drank. Pas daarna komen wijn en alcopops. De oudste meisjes drinken vooral bier en wijn. Op de derde plaats komen bij hen alcopops en daarna sterke drank.

**Grafiek 9**
***Gebruik van een glas alcohol tijdens de laatste maand (2002-2003)***




Bron: Jespers e.a., 2004

In het derde en vijfde jaar geven de meeste jongeren aan dat ze vrienden hebben die regelmatig alcohol drinken (Jespers, e.a., 2004). In het derde jaar zegt een kwart van de jongens (26,1%) dat de meeste van hun vrienden regelmatig alcohol drinken. In het vijfde jaar gaat het om de helft van de jongens (48,3%). Bij de meisjes liggen deze percentages iets lager.

### 3.1.4.7 Euregionaal jongerenonderzoek

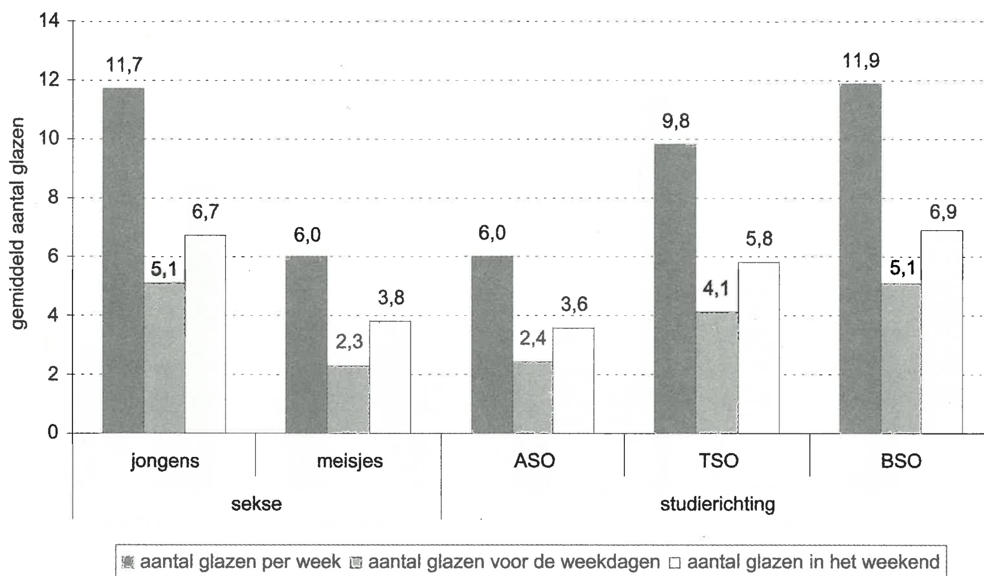
86,5% van de jongeren die in Limburg werden bevraagd in het kader van het Euregionaal onderzoek 'jongeren en gezondheid', dronk ooit alcohol (Provincie Limburg, 2003). In het ASO en in de derde graad hebben de meeste jongeren ooit alcohol gedronken. Aan de jongeren die ooit alcohol dronken werd gevraagd wat ze meestal drinken. Dan blijkt dat 59% van de jongeren meestal alcopops drinkt en 50% licht bier. Smartdrinks met alcohol en longdrinks zijn voor respectievelijk 45% en 44% de favoriete drank.
70,1% van de jongeren dronk de afgelopen 4 weken alcohol. Meer jongeren uit de derde (79,6%) dan uit de tweede graad (60,7%) dronken in deze periode alcohol.
40,2% van de jongeren drinkt regelmatig[41]. Meer jongens dan meisjes drinken regelmatig alcohol (45,7% tegenover 34,3%). Het aandeel jongeren dat regelmatig alcohol drinkt is dubbel zo hoog in de derde graad als in de tweede graad.
Bij de jongeren die de afgelopen maand alcohol dronken werd tevens nagegaan hoeveel glazen alcohol ze gemiddeld per week drinken. Gemiddeld drinken de jongeren 9 glazen per week. Tijdens de week worden gemiddeld 4 glazen gedronken, in het weekend 5 glazen. Jongens drinken gemiddeld 12 glazen per week, waarvan 7 in het week-

---

[41] Dit wordt hier gedefinieerd als drinken bij minstens 4 gelegenheden tijdens de maand voor het onderzoek.

end en meisjes drinken gemiddeld 6 glazen per week, waarvan 4 in het weekend (grafiek 10). 9,7% van de jongeren drinkt gemiddeld meer dan 20 glazen per week. BSO-leerlingen drinken het meest (grafiek 10). Leerlingen uit de derde graad drinken meer dan leerlingen uit de tweede graad.

**Grafiek 10**
***Gemiddeld aantal gedronken glazen alcohol in de maand voor het onderzoek (2002)***




Bron: Provincie Limburg, 2003

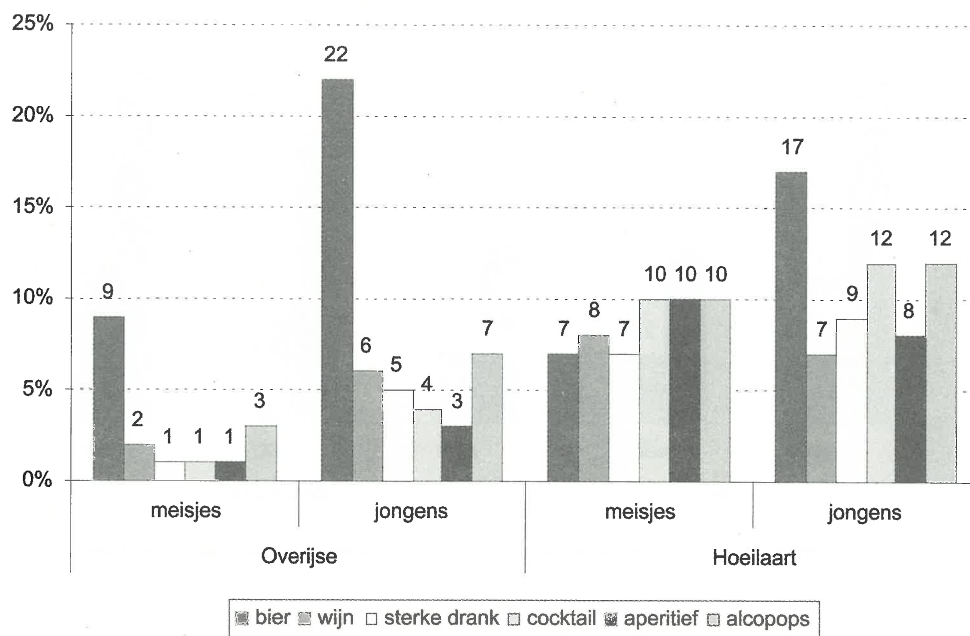
40,8% van de jongeren dronk in de afgelopen 4 weken 5 of meer glazen alcohol op 1 gelegenheid. Jongens doen dit meer dan meisjes, BSO-leerlingen meer dan de leerlingen uit de andere studierichtingen en de jongeren uit de derde graad meer dan de jongeren uit de tweede graad.

### 3.1.4.8 Alcoholgebruik in Overijse, Hoeilaart en omliggende gemeenten

In het kader van het project 'drink, drank, dronk-EN...?' onderzocht de welzijnsraad van Overijse het alcoholgebruik van jongeren in Overijse, Hoeilaart en de omliggende gemeenten (Cogge, 2003). In Overijse heeft ongeveer driekwart van de meisjes ooit al bier en wijn gedronken. Ongeveer de helft dronk al sterke drank. Iets minder dan de helft dronk ooit aperitieven of alcopops. Voor de jongens liggen de percentages telkens iets hoger. Voor sterke drank is er een opvallender sekseverschil. In Hoeilaart zijn er minder meisjes die ooit bier of wijn dronken.
Meer dan 4 jongeren op 10 drinken sporadisch (minder dan wekelijks) bier, aperitieven, wijn en alcopops. De helft drinkt af en toe een cocktail en meer dan 3 jongeren op 10 drinken minder dan wekelijks sterke drank. Er zijn meer meisjes die af en toe alcopops drinken maar er zijn meer jongens die af en toe aperitieven drinken. Meer dan 40% van de jongeren in Hoeilaart drinkt sporadisch bier, wijn en alcopops. Er zijn meer jongens die bier drinken dan meisjes.

In Overijse drinkt 16% van de jongeren wekelijks bier (grafiek 11). In Hoeilaart is dat voor 12% van de jongeren het geval. In Hoeilaart zijn er meer jongeren die wekelijks sterke drank, cocktails en aperitieven drinken dan in de andere gemeenten in het onderzoek.

**Grafiek 11**
***Wekelijks drinken van alcohol (2003)***




Bron: Cogge, 2003

Ruim een vijfde van de jongens in Overijse en Hoeilaart drinkt 2 à 3 keer per week alcohol tegenover een tiende van de meisjes. Jongens drinken frequenter alcohol dan meisjes en ze drinken ook meer glazen alcohol per keer. Ongeveer 1 op 5 jongens uit Overijse en Hoeilaart drinken op een typische dag 7 glazen of meer alcohol.

***Alcoholconsumptie van jongeren: samengevat***

In *Vlaanderen* dronk 87% van de jongeren in het secundair onderwijs ooit alcohol en 70% dronk het afgelopen jaar alcohol. 41% dronk minder dan 1 keer tot meerdere malen per maand alcohol, 29% dronk minstens 1 maal per week alcohol. Bier wordt frequenter gedronken dan andere alcoholische dranken: 23% van de jongeren dronk het afgelopen jaar minstens 1 keer per week bier. Alcoholgebruik stijgt met de leeftijd en jongens drinken frequenter dan meisjes. Op de leeftijd van 17-18 jaar drinkt 71% van de jongens en 50% van de meisjes minstens 1 dag per week alcohol.
13% van de jongens en 5% van de meisjes dronk de voorgaande dag alcohol.

In *België* gebruikt momenteel 40% van de 15-jarigen, 53% van de 16-jarigen en meer dan 60% van de 17-18-jarigen alcohol. Franstalige jongeren drinken minder frequent dan Nederlandstalige jongeren. Bijna een kwart van de jongeren begint uit zichzelf alcohol te drinken en dan vooral uit nieuwsgierigheid.
16% van de 11-12-jarigen kocht al ooit alcohol voor zichzelf. Bij de 15-16-jarigen gaat het om 50% en bij de 17-18-jarigen om 67%.
20% van de jongeren van 15-16 jaar dronk de afgelopen maand 10 of meer keer alcohol. Dit komt meer voor bij jongens (28%) dan meisjes (13%) en meer in Vlaanderen (23%) dan in Wallonië (17%).
Het fenomeen 'binge drinking', namelijk minstens 5 alcoholische dranken na elkaar drinken, komt in België minder voor dan in Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. 22% van de Belgische jongeren dronk de voorbije maand 3 keer of meer 5 alcoholische dranken na elkaar (28% jongens en 14% meisjes).

De meeste *Antwerpse* jongeren uit het derde en vijfde jaar van het secundair onderwijs zeggen vrienden te hebben die regelmatig alcohol drinken.
In de provincie *Limburg* is voor 45% van de jongeren alcohol gecombineerd met smartdrinks de favoriete drank. Gemiddeld drinken jongeren 9 glazen alcohol per week. Jongens drinken gemiddeld 12 glazen per week, waarvan 7 in het weekend. Meisjes drinken gemiddeld 6 glazen per week, waarvan 4 in het weekend.
In Overijse drinkt 16% van de jongeren wekelijks bier, in Hoeilaart is dat voor 12% van de jongeren het geval.

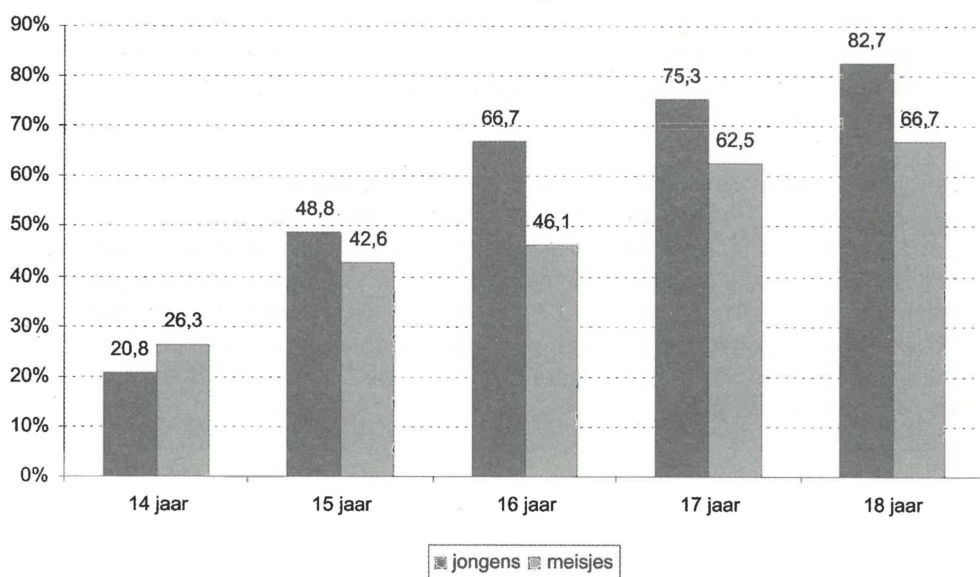
### 3.1.5 Jongeren en dronkenschap

In de HBSC-studie van 2002 zegt 43% van de jongens en 33% van de meisjes dat ze ooit echt dronken waren (Vereecken & Maes, 2002). 25% van de 17-18-jarige jongens was ooit meer dan 10 keer echt dronken. Van de meisjes tussen 17 en 18 jaar was 8% ooit meer dan 10 keer echt dronken.

In België was 7% van de 15-16-jarige jongeren ooit 20 keer of meer dronken (Hibell e.a., 2004). Dit kwam meer voor bij jongens (11%) dan meisjes (3%). Vlaanderen, waar 8% van de jongeren al ooit 20 keer of meer dronken was, scoort hoger dan Wallonië waar 6% van de jongeren positief antwoordde op deze vraag. We doen het op dit vlak beter dan Duitsland (12%) en het Verenigd Koninkrijk (27%), maar scoren slechter dan Nederland (6%) en Frankrijk (3%).

Meer jongens dan meisjes die actueel drinken, zijn al eens dronken geweest zo blijkt ook uit het onderzoek Jongeren en Welzijn (Patesson e.a., 2003a). Het percentage jongeren dat aangeeft dat ze al eens dronken waren, neemt toe met de leeftijd (grafiek 12).

**Grafiek 12**
***Jongeren die al dronken zijn geweest naar leeftijd en sekse (2003)***

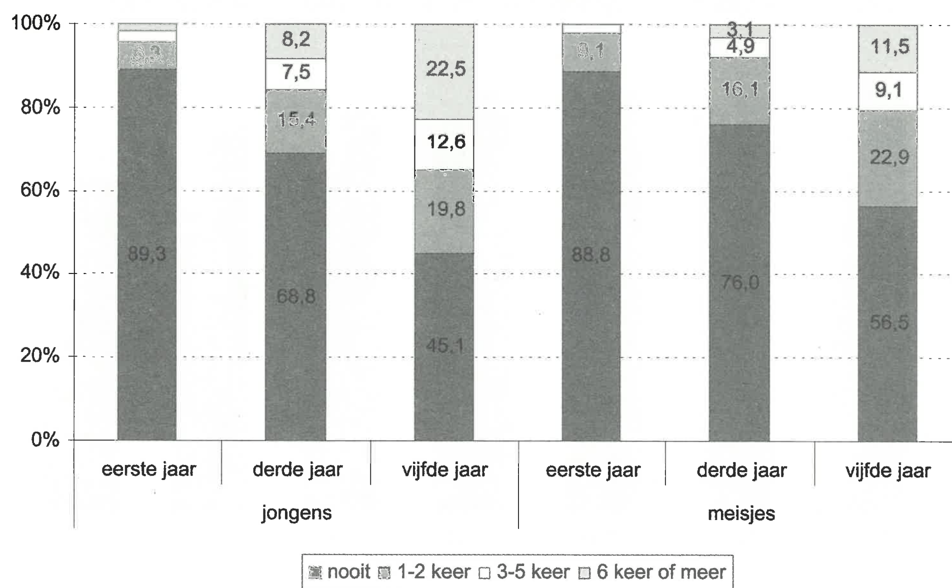



Bron: Patesson e.a., 2003a

In het Antwerpse SEGO II-onderzoek was de helft van de jongens (54,9%) en 4 op 10 van de meisjes (43,5%) uit het vijfde jaar het afgelopen jaar dronken of high van alcohol (Jespers e.a., 2004) (grafiek 13). Bijna dubbel zoveel jongens (22,5%) als meisjes (11,5%) uit het vijfde jaar waren het afgelopen jaar 6 of meer keer dronken. Van de jongens en meisjes uit het eerste jaar zegt ongeveer 90% dat ze het afgelopen jaar

niet dronken waren. Vooral in het BSO, TSO en KSO zijn er veel meer jongens dan meisjes die het voorbije jaar vaak dronken waren. Jongeren met een Belgische, een Oost-Europese, Aziatische of Afrikaanse afkomst waren het voorbije jaar het vaakst dronken.

**Grafiek 13**
***Frequentie van dronkenschap gedurende het afgelopen jaar (2002-2003)***




Bron: Jespers e.a., 2004

Uit de bevraging van Limburgse jongeren komt naar voor dat 23,3% van de jongeren de afgelopen 4 weken dronken was (Provincie Limburg, 2003). Dit is meer het geval voor jongens, BSO leerlingen en leerlingen van de derde graad.

In Overijse was 31% van de jongens en 15% van de meisjes al meerdere malen dronken (Cogge, 2003). Het percentage jongeren dat al meerdere malen dronken was bedraagt in Hoeilaart voor de jongens 49% en voor de meisjes 17%.

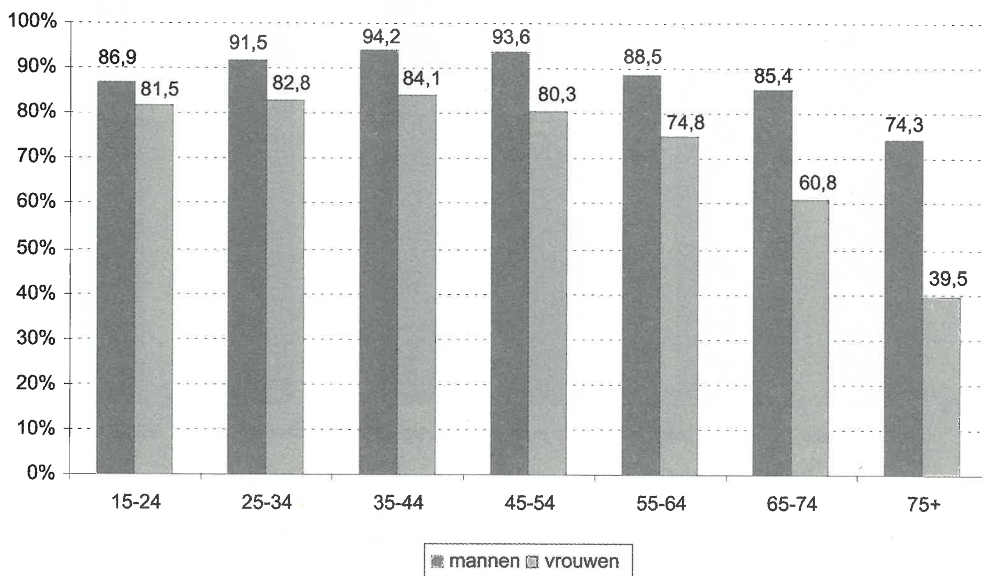
## 3.1.6 Alcoholgebruik in de bevolking

Uit een Eurobarometer onderzoek komt naar voor dat Belgen de afgelopen maand gemiddeld 2,14 keer het equivalent dronken van 1 fles wijn, 5 glazen bier of 5 glazen sterke drank bij één gelegenheid (EORG, 2003). België scoort hiermee boven het Europees gemiddelde van 1,49 keer en komt daarmee na Ierland, Finland en het Verenigd Koninkrijk. België scoort in dit onderzoek ook hoog waar het gaat om hoeveel keer men in de afgelopen maand teveel gedronken had. Het gemiddelde voor Europa bedraagt 0,43 keer en voor België 0,79 keer.

In het Vlaams Gewest heeft 84,2% van de bevolking van 15 jaar of ouder het afgelopen jaar zeker één alcoholische drank gedronken, zo blijkt uit de resultaten van de

gezondheidsenquête van 2001[42]. Dit is meer het geval voor mannen (90,1%) dan voor vrouwen (76,0%). Het percentage mannen en vrouwen dat aangeeft het afgelopen jaar alcohol gedronken te hebben neemt toe tot de leeftijd van 35-44 jaar, nadien neemt dit af (grafiek 14).

**Grafiek 14**
***Gebruik van alcohol tijdens de afgelopen 12 maanden, Vlaams Gewest (2001)***

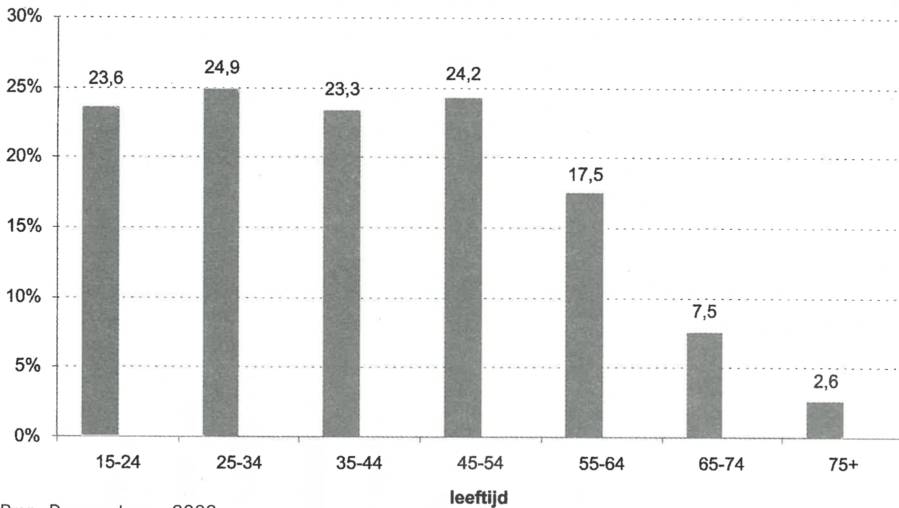



Bron: Demarest e.a., 2002

In de gezondheidsenquête wordt overconsumptie van alcohol gedefinieerd als minstens 1 maal per maand meer dan 6 glazen alcohol op éénzelfde dag drinken. 19,7% van de bevolking van het Vlaams Gewest drinkt minstens een keer per maand 6 glazen alcohol op 1 dag. Overconsumptie komt opvallend meer voor bij mannen (33,4%) dan bij vrouwen (6,8%). Tot de leeftijd van 54 jaar blijkt gemiddeld 20% van de bestudeerde populatie minstens éénmaal per maand meer dan 6 glazen alcohol te drinken. Eenmaal 55 jaar, daalt dit percentage gestaag (grafiek 15).

[42] We vermelden telkens de gecorrigeerde percentages voor leeftijd en sekse. Dit wil zeggen dat verschillen die tussen 2 groepen optreden (bv. tussen stedelijke en landelijke gebieden) niet meer verstoord worden door sekse- en/of leeftijdsverschillen in de groepen.

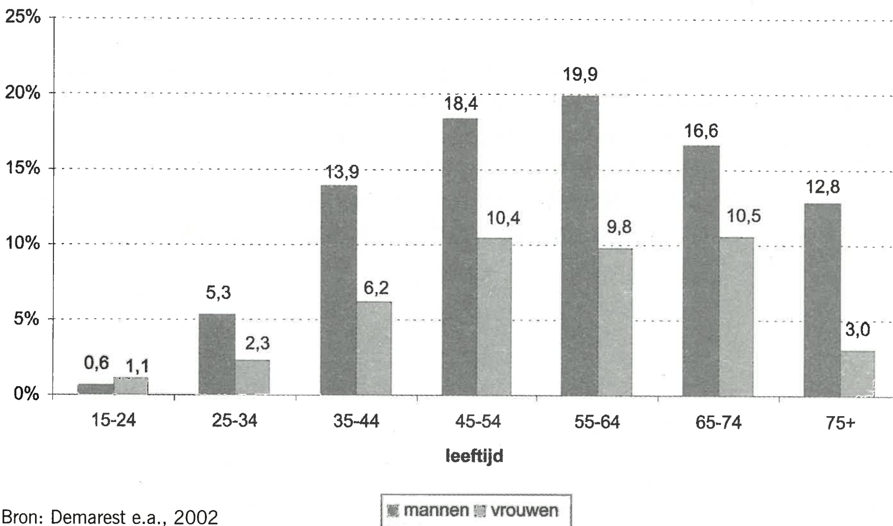
**Grafiek 15**
***Overmatig alcoholgebruik, Vlaams Gewest (2001)***




Bron: Demarest e.a., 2002

In het Vlaamse Gewest consumeert 11,2% van de bevolking dagelijks alcohol. Dit percentage bedraagt 6,5% voor de vrouwen en 10,7% voor de mannen. Het dagelijks gebruik van alcohol stijgt met de leeftijd. Tussen de leeftijd van 45 tot 75 jaar drinkt ongeveer 17% van de Vlamingen iedere dag (18% van de mannen en 10% van de vrouwen) (grafiek 16). In deze leeftijdscategorie situeert zich de grootste groep van dagelijkse drinkers. Eens voorbij 75 jaar neemt dit weer af.
Het Brussels Gewest telt duidelijk meer dagelijkse drinkers in vergelijking met het Vlaams en het Waals Gewest (Cattaert & Pacolet, 2004).

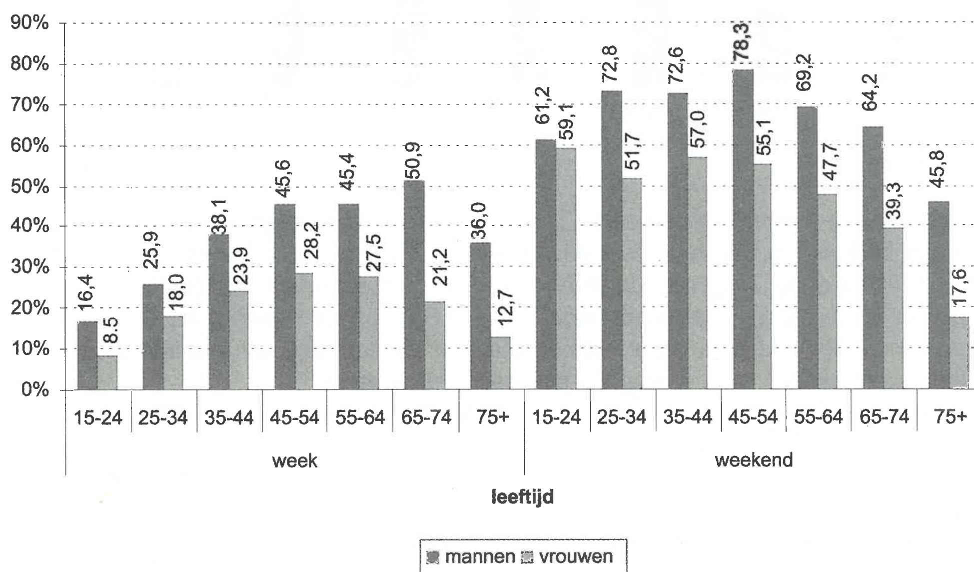
**Grafiek 16**
***Dagelijks gebruik van alcohol, Vlaams Gewest (2001)***




Bron: Demarest e.a., 2002

32,7% van de bevolking uit het Vlaams Gewest drinkt gewoonlijk alcohol tijdens de week, 71,2% drinkt gewoonlijk alcohol in het weekend. Er zijn significant meer mannen dan vrouwen die gewoonlijk tijdens de week alcohol drinken (40,2% tegenover 27,2%). 76,6% mannen en 65,8% vrouwen zeggen gewoonlijk in het weekend te drinken. De proportie personen die tijdens de week alcohol drinkt, stijgt met de leeftijd (grafiek 17). De grootste groep gebruikers van alcohol tijdens de week zien we bij mannen in de leeftijdscategorie 65-74 jaar en bij vrouwen van 45-54 jaar. Drinken tijdens het weekend blijkt in bijna alle leeftijdsgroepen even populair, maar daalt geleidelijk eens voorbij de 55 jaar (grafiek 17).

**Grafiek 17**
***Aantal personen dat gewoonlijk alcohol drinkt tijdens de week en in het weekend, Vlaams Gewest (2001)***



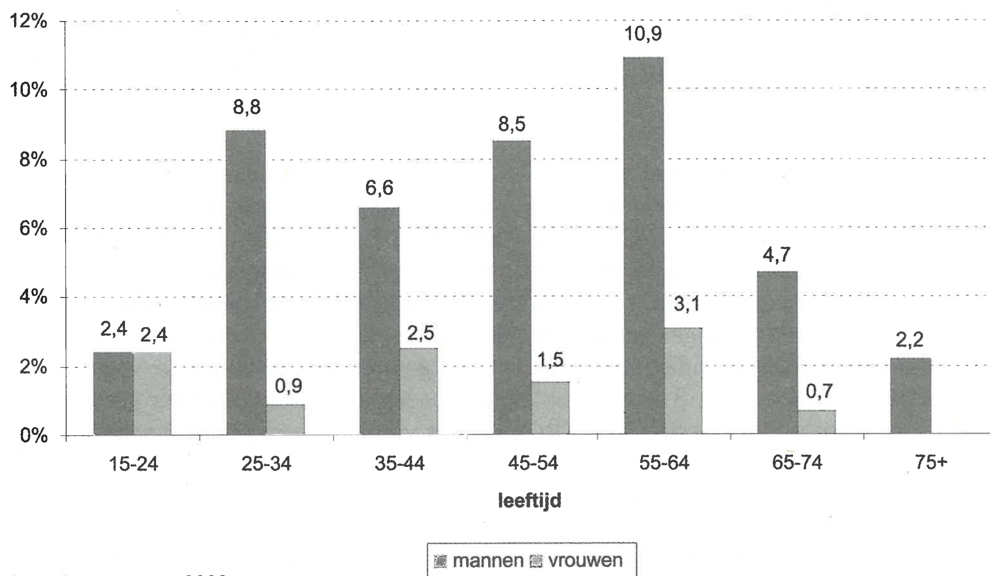

Bron: Demarest e.a., 2002

Door verschillende vragen uit de gezondheidsenquête met elkaar te combineren kan het aantal glazen geschat worden dat per week wordt gedronken (Cattaert & Pacolet, 2004). In het Vlaams Gewest dronk de bevolking ouder dan 15 jaar gemiddeld 6,4 glazen alcohol per week. Daarmee is het Vlaams Gewest koploper. In België drinken de mannen ouder dan 15 jaar gemiddeld 9 glazen alcohol per week, de vrouwen 3,6. Volwassenen tussen 45 en 54 jaar drinken het meest aantal glazen per week (8,1).

### 3.1.7 Problematisch gebruik van alcohol

In de gezondheidsenquête van 2001 werd de CAGE-vragenlijst gebruikt om het problematisch alcoholgebruik in de bevolking in te schatten[43]. Van de personen die alcohol gebruiken voldoet 5% aan de criteria van problematisch alcoholgebruik: 6,7% mannen en 2% vrouwen. De proportie problematische alcoholgebruikers is het grootst in de leeftijdsgroep 55-64 jaar (grafiek 18). Opvallend is toch dat 2,4% van de personen tussen 15 en 24 jaar volgens het CAGE instrument een probleem hebben met het gebruik van alcohol.

**Grafiek 18**
***Percentage problematische alcoholgebruikers, Vlaams Gewest (2001)***




Bron: Demarest e.a., 2002

Cattaert en Pacolet (2004) berekenden hoe hoog het alcoholgebruik en -misbruik is in België. Deze auteurs vertrekken van de normen van de wereldgezondheidsorganisatie (WGO).
De WGO spreekt van schadelijk alcoholgebruik wanneer de geconsumeerde hoeveelheid alcohol in het bloed een psychomotorische verzwakking aantoont. Die treedt bij mannen op vanaf 6 glazen alcohol per dag en bij vrouwen vanaf 4 glazen alcohol per dag. Met probleemdrinker wordt de drinker bedoeld met een hoog tot zeer hoog risico (tabel 30). Met risicodrinker wordt iemand bedoeld met een medium tot zeer hoog risico.

---

[43] De CAGE-vragen werden als volgt geformuleerd: (1) Heeft u ooit de nood aangevoeld om minder te drinken? ('Cut') (2) Heeft u het ooit moeilijk met de kritiek op uw drinken? ('Annoyed') (3) Heeft u zich ooit schuldig gevoeld omwille van uw drinkgedrag? ('Guilty') (4) Heeft u ooit alcohol gedronken om 's morgens echt wakker te worden? ('Eye-opener'). Wanneer 2 vragen positief worden beantwoord, bevestigt dit het vermoeden dat er een alcoholprobleem bestaat.

**Tabel 30**
***Grenzen van schadelijk alcoholgebruik naar sekse volgens de WGO norm***

| | matig drinker (laag risico) | risico drinker (medium risico) | schadelijk drinker (hoog risico) | zeer risicovolle drinker (zeer hoog risico) |
|---|---|---|---|---|
| **mannen** | | | | |
| aantal glazen per dag | 0,1-4 | 4,1-6 | 6,1-10 | >10 |
| aantal glazen per week | 0,1-28 | 28,1-42 | 42,1-70 | >70 |
| aantal liters pure alcohol per jaar | 0,1-17,5 | 17,51-26 | 26,1-40 | >40 |
| **vrouwen** | | | | |
| aantal glazen per dag | 0,1-2 | 2,1-4 | 4,1-6 | >6 |
| aantal glazen per week | 0,1-14 | 14,1-28 | 28,1-42 | >42 |
| aantal liters pure alcohol per jaar | 0,1-10 | 10,1-17,5 | 17,51-26 | >26 |

Bron: Cattaert & Pacolet, 2004

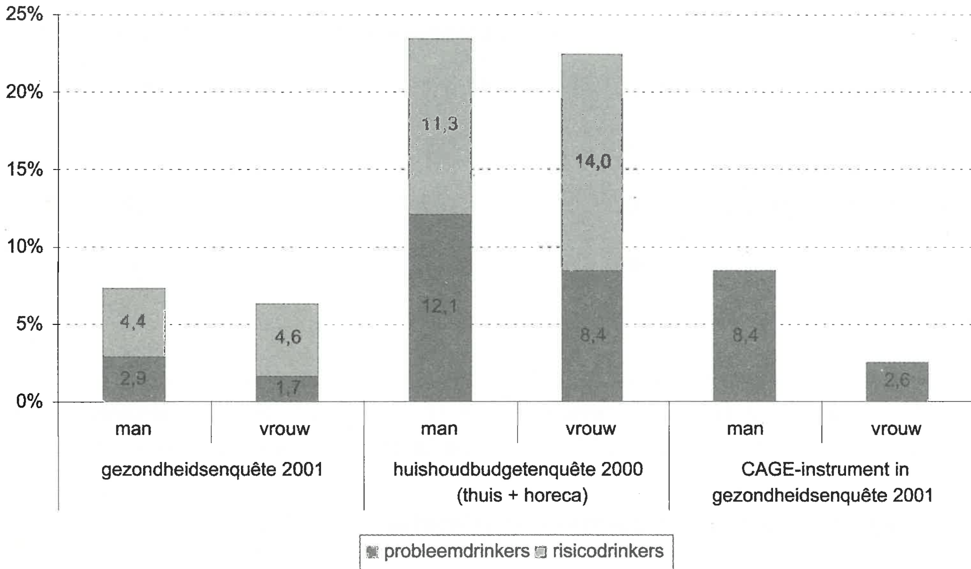
Als men de gegevens van de gezondheidsenquête 2001 als uitgangspunt neemt is 2,9% van de mannelijke bevolking en 1,6% van de vrouwelijke bevolking in België een probleemdrinker volgens de WGO norm (Cattaert & Pacolet, 2004). Gemiddeld telt België 2,25% probleemdrinkers. Dit komt neer op 190.000 personen (119.000 mannen en 70.000 vrouwen). Wanneer de gegevens van de gezondheidsenquête vergeleken worden met macro-gegevens van de nationale rekeningen, World Drink Trends en de federale belastingadministratie, dan ligt de gemiddelde consumptie volgens de gezondheidsenquête 2 tot 3 keer lager. Het percentage probleemdrinkers geschat op basis van de gezondheidsenquête moeten we dus vermenigvuldigen met een factor 2 tot 3. Zo zouden er in België tussen de 4,5% en 6,75% probleemdrinkers zijn, ofwel tussen 378.843 en 568.265 personen.

Bij de mannen neemt het probleemdrinken toe van 3% bij personen zonder diploma tot 4,3% bij universitair geschoolden (Cattaert & Pacolet, 2004). Het risicodrinken stijgt tussen deze twee groepen van 4,6% tot 9,9%. Bij vrouwen stijgt het probleemdrinken van 1% bij de vrouwen zonder scholing tot 5% bij de vrouwen met een universitair diploma. Het risicodrinken neemt toe van 2,3% tot 14,5%.

Als de berekening van het percentage probleemdrinkers in de Belgische bevolking vertrekt van de huishoudbudgetenquête 2000 en wanneer zowel de horeca als de thuisuitgaven worden bekeken, wordt het hoogste gemiddelde verbruik vastgesteld in de leeftijdsgroep 55-64 jaar (11,9 liter pure alcohol) (Cattaert & Pacolet, 2004). Bij de mannen zijn er 12,1% probleemdrinkers en bij de vrouwen 8,4%. De meeste mannelijke probleemdrinkers zijn tussen de 55 en de 64 jaar (16,4%), bij de vrouwen zien we het meest probleemdrinkers bij de 75-plussers (11,3%).

Afhankelijk van de bron waarop men de berekening voor het aantal probleemdrinkers baseert namelijk gezondheidsenquête of huishoudbudgetenquête, zijn er bij de mannelijke bevolking tussen 2,9% en 12,1% probleemdrinkers en bij de vrouwelijke bevolking tussen 1,7% en 8,4% probleemdrinkers (Cattaert & Pacolet, 2004) (grafiek 19).

## Grafiek 19
### *Percentage probleemdrinkers en risicodrinkers*




Bron: Cattaert & Pacolet, 2004

27,6% van de Belgische bevolking heeft ooit in het leven minstens één mentale stoornis gehad (Bruffaerts e.a., 2004a). Tot deze bevinding kwam men in het Belgisch luik van de 'European Study on Epidemiology of Mental Disorders' (ESEMeD), waarin de prevalentie van mentale stoornissen in de algemene bevolking werd nagegaan. Stemmingsstoornissen komen op lange termijn het meest voor (14,9%) gevolgd door angststoornissen (13,2%) en alcoholgerelateerde stoornissen (8,1%). 10,7% had in het laatste jaar voor het interview minstens één mentale stoornis. Op jaarbasis komen angststoornissen het meest voor (6,0%), gevolgd door stemmingsstoornissen (5,0%) en vervolgens alcoholgerelateerde stoornissen (1,8%).

Depressie in enge zin, specifieke fobie en alcoholmisbruik zijn de vaakst voorkomende stoornissen. 7,7% van de respondenten beantwoordde aan de criteria van alcoholmisbruik ooit in zijn leven, 1,7% in de afgelopen twaalf maanden (tabel 31). Alcoholgerelateerde stoornissen komen vaker voor bij mannen dan vrouwen. Binnen het laatstejaarsperspectief zijn er vijf keer meer mannen dan vrouwen die aan de criteria voor alcoholmisbruik beantwoorden. Voor alcoholafhankelijkheid scoren mannen en vrouwen gelijk. Over het hele leven bekeken voldoen mannen drie keer zoveel dan vrouwen aan de criteria voor alcoholafhankelijkheid en zeven keer zoveel aan de criteria voor alcoholmisbruik. Dit onderzoek toont verder aan dat personen die alleenstaand, gescheiden of werkloos zijn een grotere kwetsbaarheid hebben voor alcoholgerelateerde stoornissen.

**Tabel 31**
***Prevalentie van alcoholgerelateerde stoornissen bij volwassenen in België***

| | | 12 maanden prevalentie | life-time prevalentie |
|---|---|---|---|
| **alcoholmisbruik** | **totaal** | **1,7** | **7,7** |
| | man | 2,9 | 13,9 |
| | vrouw | 0,6 | 1,9 |
| **alcoholafhankelijkheid** | **totaal** | **0,3** | **1,7** |
| | man | 0,3 | 2,7 |
| | vrouw | 0,3 | 0,8 |

Bron: Bruffaerts e.a., 2004a

Wanneer men deze percentages extrapoleert naar de Belgische bevolking dan kan men zeggen dat ongeveer 640.000 personen ooit in hun leven een alcoholgerelateerde stoornis doormaakten, waarvan 140.000 in het laatste jaar (Bruffaerts e.a., 2004a).

## 3.2 Gebruik van psychoactieve medicatie

### 3.2.1 Medicatiegebruik van jongeren

Een aantal studies waarin het alcoholgebruik van jongeren werd onderzocht belichten ook de problematiek van het medicatiegebruik. Het gaat om de VAD-leerlingenbevraging, de HBSC-studie, het ESPAD-onderzoek, het SEGO II-onderzoek in Antwerpen en het Euregionaal jongerenonderzoek van de provincie Limburg (Kinable, 2004; Vereecken & Maes, 2002; Hibell e.a., 2004; Jespers e.a., 2004; Provincie Limburg, 2003).

#### 3.2.1.1 VAD-leerlingenbevraging

De frequentie van het gebruik van medicatie[44] kwam ook aan bod in de VAD-leerlingenbevraging (Kinable, 2004). 81,9% van de leerlingen gebruikte ooit medicatie. 55,0% van alle leerlingen nam het afgelopen jaar medicatie. 26,9% van de leerlingen die ooit medicatie nam, deed dit het afgelopen jaar niet meer. Van de jongeren tussen 12 en 14 jaar heeft 75,6% al ooit medicatie gebruikt. Het ooit-gebruik van medicatie ligt hoger in het ASO en het TSO dan in het BSO; het TSO en het BSO kennen meer regelmatige medicatiegebruikers. Meer meisjes dan jongens gebruikten ooit medicatie. De helft van de jongeren (50,2%) nam het afgelopen jaar minder dan 1 maal tot meerdere malen per maand medicatie en 5,2% minstens 1 maal per week. Ruim twee vijfde van de leerlingen gebruikte in die periode geen medicatie. Jongeren gebruiken vooral lichte pijnstillers (tabel 32). 3,0% van de jongeren nam tijdens het jaar voorafgaand aan de bevraging minstens 1 maal per week lichte pijnstillers.

[44] Er werd gepeild naar het gebruik van lichte pijnstillers, zware pijnstillers, kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen, opwekmiddelen en vermageringsmiddelen.

**Tabel 32**
***Laatstejaarsgebruik van medicatie (2003-2004)***

| | niet | | occasioneel[45] | | regelmatig[46] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % |
| lichte pijnstillers | 678 | 46,4 | 739 | 50,6 | 44 | 3,0 |
| zware pijnstillers | 1.397 | 94,5 | 72 | 4,9 | 9 | 0,6 |
| kalmeringsmiddelen | 1.443 | 97,3 | 31 | 2,1 | 10 | 0,7 |
| slaapmiddelen | 1.460 | 98,4 | 19 | 1,3 | 5 | 0,3 |
| opwekmiddelen | 1.451 | 97,5 | 15 | 1,0 | 22 | 1,5 |
| vermageringsmiddelen | 1.476 | 99,3 | 7 | 0,5 | 3 | 0,2 |

Bron: Kinable, 2004

Hoewel de andere geneesmiddelen in verhouding door heel wat minder jongeren werden gebruikt, blijkt dat een groter deel van deze relatief kleine groep deze middelen regelmatig innam: van de 37 leerlingen die het afgelopen jaar opwekmiddelen gebruikte, namen 22 leerlingen ze minstens 1 maal per week (6/10) (Kinable, 2004). Voor slaapmiddelen gaat dit om 5 van de 24 gebruikers (1/5), voor vermageringsmiddelen ging het om 3 van de 10 leerlingen en voor kalmeringsmiddelen om 10 van de 41 leerlingen (1/4)[47].
Opvallend is dat de jongste leerlingen het minst medicatie gebruiken: meer dan de helft van hen (53,7%) gebruikte het voorbije jaar helemaal geen medicatie, terwijl dit voor de 15-16-jarigen 40,% is en voor de oudste leerlingen 35,9%. Met de leeftijd neemt vooral het occasioneel medicatiegebruik toe.

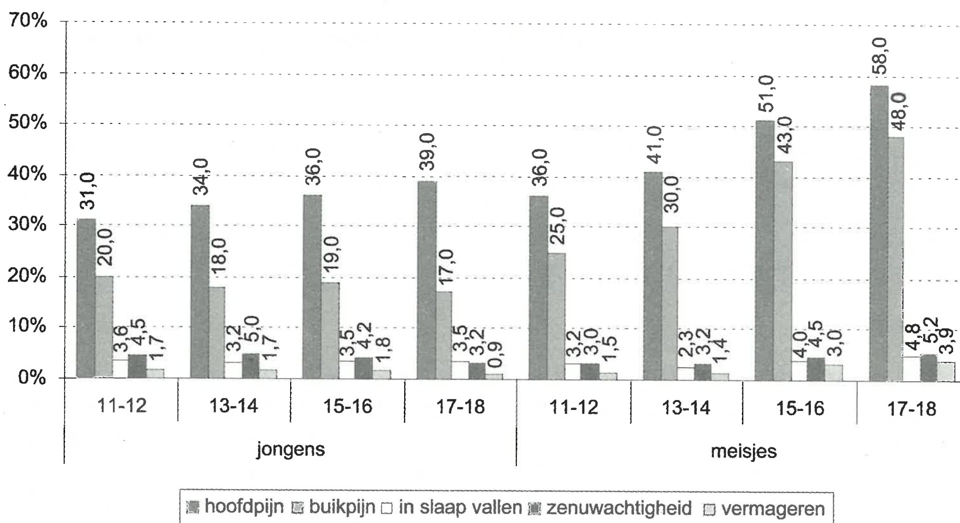
### 3.2.1.2 HBSC-studie

De HBSC-enquête peilt naar het gebruik van medicatie met de vraag of de jongere de voorbije maand een pilletje heeft genomen voor hoofdpijn, buikpijn, om in slaap te vallen, zenuwachtigheid of om te vermageren (Vereecken & Maes, 2002).
Meer meisjes dan jongens gebruiken geneesmiddelen tegen deze klachten, al is dit verschil het duidelijkst bij hoofdpijn en buikpijn (grafiek 20). 35% van de jongens nam de afgelopen maand een pilletje tegen hoofdpijn tegenover 46% van de meisjes. Tegen buikpijn nam 18% van de jongens en 36% van de meisjes de voorbije maand een geneesmiddel.
Het gebruik van medicatie tegen slaapstoornissen en zenuwachtigheid is voor meisjes en jongens redelijk gelijklopend. Weinig jongeren gebruiken dit soort medicatie (3,4 à 4%).
Vermageringsmiddelen worden vooral door meisjes gebruikt en dan vooral door de oudere meisjes (15-18 jaar) en meisjes uit het BSO.

---

[45] Minder dan 1 maal tot meerdere malen per maand gebruiken wordt in deze studie gedefinieerd als occasioneel gebruik.
[46] Minstens 1 maal per week gebruiken wordt in deze studie gedefinieerd als regelmatig gebruik.
[47] Het totaal aantal gebruikers is telkens kleiner dan 100 waardoor percentages een vertekend beeld geven. We geven hier de absolute waarden weer.

**Grafiek 20**
***Afgelopen maand een pilletje genomen volgens sekse en leeftijd (2002)***




Bron: Vereecken & Maes, 2002

Voor meisjes stijgt het gebruik van medicatie sterk met de leeftijd (grafiek 20). 36% van de 11-12-jarige meisjes nam de afgelopen maand een pilletje tegen hoofdpijn tegenover 58% van de 17-18-jarigen. 25% van de 11-12-jarige meisjes nam in dezelfde periode iets tegen buikpijn tegenover 48% van de 17-18-jarigen. Voor de middeltjes om in slaap te vallen, tegen zenuwachtigheid en om te vermageren geldt eveneens dat het gebruik bij meisjes toeneemt met de leeftijd. Bij de jongens blijft medicatiegebruik stabiel over de verschillende leeftijdsgroepen.
Globaal valt ook op dat jongeren uit het ASO minder medicatie nemen dan jongeren uit het BSO en TSO.

### 3.2.1.3 ESPAD-onderzoek

België behoort tot de landen met het hoogste percentage jongeren dat ooit slaap- of kalmeringsmiddelen op voorschrift gebruikte (Hibell e.a., 2004). 14% van de 15-16-jarigen gebruikte ooit slaap- of kalmeringsmiddelen op voorschrift (13% jongens en 16% meisjes). 9% van de jongeren nam al ooit dezelfde producten maar dan zonder voorschrift (9% jongens en 10% meisjes). 6% nam ooit pillen samen met alcohol (6% jongens en 6% meisjes).

### 3.2.1.4 Sociaal en Gezondheidsonderzoek Antwerpen (SEGO II)

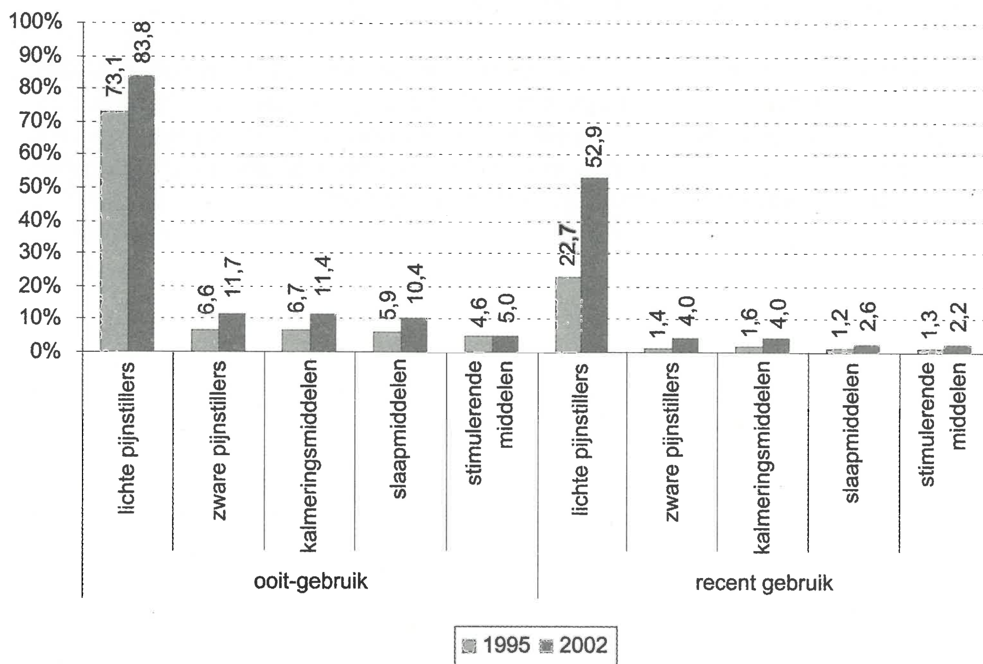
In het tweede SEGO-onderzoek vroeg men de Antwerpse jongeren hoe vaak ze sederende middelen (zoals slaapmiddelen, Valium®, Xanax®) en pijnstillers gebruikten (Jespers e.a., 2004). Ruim 9 op 10 jongeren gebruikten nog nooit sederende medicatie. Er is op dit vlak weinig verschil tussen de leerjaren en tussen jongens en meisjes. Pijnstillers worden vaker gebruikt. Meer meisjes dan jongens gebruikten ooit pijnstillers. Vanaf het derde jaar gebruiken meisjes vaker dan jongens pijnstillers. Meisjes

uit het BSO gebruiken het vaakst pijnstillers: 2,9% van de meisjes uit het BSO gebruikt dagelijks pijnstillers.
1 op 20 jongens met een Oost-Europese, Aziatische of Afrikaanse afkomst gebruikt dagelijks sederende medicatie of pijnstillers. Van de Marokkaanse jongens gebruikt 0,7% dagelijks sederende medicatie of pijnstillers, van de Belgische jongens 0,4%.

### 3.2.1.5 Euregionaal jongerenonderzoek

In 2002 nam 52,9% van de bevraagde Limburgse jongeren recentelijk lichte pijnstillers (Provincie Limburg, 2003) (grafiek 21). Daarmee wordt het gebruik bedoeld gedurende de laatste 4 weken voor het invullen van de vragenlijst. Stimulantia (2,2%) en slaapmiddelen (2,6%) worden door de jongeren nog minder dan zware pijnstillers (4,0%) of kalmeringsmiddelen (4,0%) genomen. In 2002 zeggen meer meisjes dan jongens dat ze ooit lichte en zware pijnstillers gebruikten. Ook in het recent gebruik van deze pillen steken de meisjes erboven uit. Het ooit-gebruik van kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen is in 2002 hoger bij meisjes dan bij jongens, maar in het recent gebruik zijn er geen opmerkelijke verschillen meer tussen de seksen. Het gebruik van stimulerende middelen verschilt niet veel tussen meisjes en jongens of tussen het ASO, TSO of BSO.

**Grafiek 21**
***Ooit- en recent gebruik van psychoactieve medicatie door jongeren in de provincie Limburg***




Bron: Provincie Limburg, 2003

18,6% van de jongeren nam de laatste maand 4 keer of meer een lichte pijnstiller. Het 'veel-gebruik' van de andere middelen schommelt tussen de 1 en de 2%.

Zwaardere pijnstillers nemen de jongeren in regel met een voorschrift. Bij de overige middelen is dat zeker niet het geval. Slechts een kwart van de jongeren neemt lichte pijnstillers of stimulerende middelen altijd op voorschrift.

Hongerstillende middelen worden niet veel gebruikt. In 2002 nam 4% ooit al een dergelijk middel. Het gebruik ervan tijdens de afgelopen vier weken ligt wel hoger bij meisjes (2,4%) dan bij jongens (0,6%). Jongeren die les volgen in het BSO gebruiken meer hongerstillende middelen dan de andere jongeren.

***Medicatiegebruik van jongeren: samengevat***

In *Vlaanderen* gebruikte 55% van alle leerlingen in het secundair onderwijs het afgelopen jaar medicatie. 3% van de jongeren nam het afgelopen jaar minstens 1 keer per week lichte pijnstillers. Wanneer andere geneesmiddelen dan lichte pijnstillers worden genomen, nemen jongeren ze vaker regelmatig. In het secundair onderwijs gebruiken meer meisjes dan jongens medicatie. Vooral voor meisjes stijgt het medicatiegebruik heel sterk met de leeftijd.

*België* behoort tot de landen met het hoogste percentage jongeren dat ooit slaap- of kalmeringsmiddelen op voorschrift gebruikte.

In *Antwerpen* ziet men dat 3% van de meisjes uit het BSO dagelijks pijnstillers gebruiken. In de provincie *Limburg* gebruikte 53% van de jongeren uit het secundair onderwijs de laatste 4 weken een lichte pijnstiller. 19% van de jongeren nam de laatste maand 4 keer of meer een lichte pijnstiller. 4% gebruikte in dezelfde periode een zware pijnstiller of een kalmeringsmiddel.

### 3.2.2 Gebruik van psychoactieve medicatie in de bevolking

Om het gebruik van psychoactieve medicatie door de Vlaamse bevolking in kaart te brengen kunnen we een beroep doen op de resultaten van de nationale gezondheidsenquête van 2001. De gezondheidsenquête peilt naar het algemeen psychisch welbevinden, somatische problemen, angst, depressie of slaapproblemen en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen[48]. Daarmee probeert ze een beeld te schetsen van de mentale gezondheid van de bevolking. Daarnaast worden vragen gesteld over het gebruik van al dan niet voorgeschreven geneesmiddelen. Nog belangrijk om in het achterhoofd te houden, zeker als we uitspraken willen doen over het medicatiegebruik van de bevolking, is dat de gezondheidsenquête wordt afgenomen bij een steekproef van de niet-geïnstitutionaliseerde bevolking. Dit betekent dat personen opgenomen in psychiatrische centra of psychiatrische afdelingen van een ziekenhuis, gedetineerden, mensen in een rust- of verzorgingstehuis,... niet zijn opgenomen in de steekproef. Ongetwijfeld wordt het medicatiegebruik in de Vlaamse bevolking daardoor fors onderschat.

Als we de resultaten voor het Vlaams Gewest[49] van de nationale gezondheidsenquêtes van 1997 en 2001 vergelijken, stellen we vast dat de prevalentie van psychische klachten gedaald is van 27,8% in 1997 naar 22,1% in 2001 (Demarest e.a., 2002)[50]. Ook de ernstige mentale problemen komen minder voor (15,0% in 1997 en 11,5% in 2001). In 2001 meldt 8% van de Vlaamse bevolking depressieve klachten, 8% zegt somatische klachten te hebben, 6% geeft angstproblemen aan en 20% zegt te kampen te hebben met slaapproblemen[51].
Vlaamse vrouwen rapporteren meer psychologische problemen dan Vlaamse mannen (26,0% tegenover 18,4%). Vrouwen rapporteren zowel meer somatische klachten (8,7% vrouwen tegenover 5,1% mannen) als depressieve klachten (9,3% vrouwen tegenover 6,3% mannen), maar ook angstklachten (6,3% vrouwen tegenover 4,1% mannen) en slaapproblemen (22,5% vrouwen tegenover 16,3% mannen).
In dezelfde enquête geeft 11,6% van de mensen aan dat ze de afgelopen twee weken psychotrope geneesmiddelen gebruikten. In 1997 was dat nog 7,7%. Er worden vooral slaapmiddelen gebruikt (7,6%), maar ook kalmeringsmiddelen (4,1%) en antidepressiva (4,0%) (grafiek 22)[52]. 4% gebruikt verschillende psychotrope geneesmiddelen samen. Zowel voor slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen als voor antidepressiva is het gebruik tussen 1997 en 2001 toegenomen. Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen stijgt vooral bij oudere mannen van boven de 75 jaar.

---

48 Hier gedefinieerd als kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen, antidepressiva.

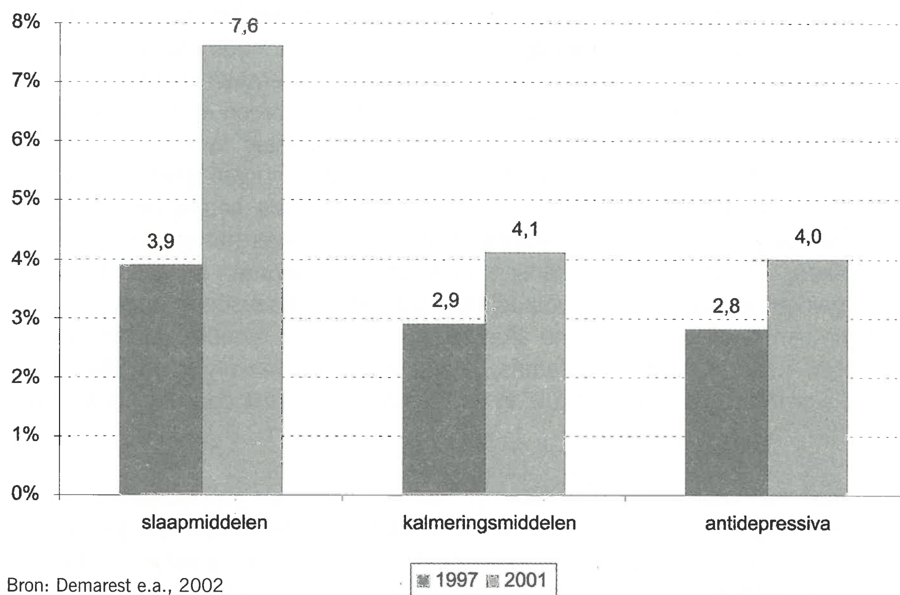
49 Het Vlaams Gewest is Vlaanderen uitgezonderd het Nederlandstalig deel van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

50 Het gaat om psychische klachten die de respondenten zelf aangeven.

51 Deze gegevens zijn enkel beschikbaar voor 2001.

52 De vraagstelling in de bevolkingsenquête houdt in dat de respondent zelf moet aangeven of hij/zij de afgelopen twee weken slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen of antidepressiva nam. We weten dus niet precies wat dat inhoudt. Sommige antidepressiva kunnen bijvoorbeeld ook als slaapmiddel worden gebruikt.

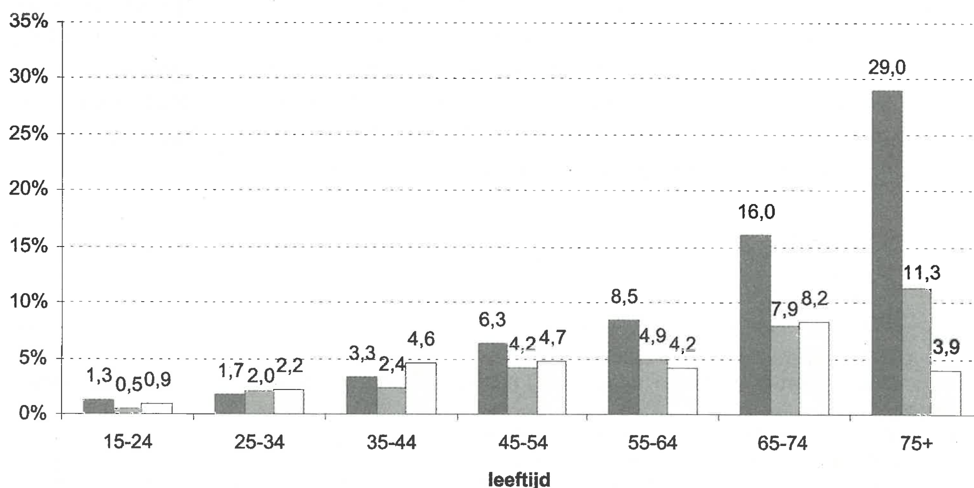
**Grafiek 22**
***Gebruik van psychotrope medicatie de afgelopen twee weken, Vlaams Gewest***




Bron: Demarest e.a., 2002

Het gebruik van psychotrope medicatie neemt toe met de leeftijd en dit zowel bij vrouwen als mannen (grafiek 23). In vergelijking met de anderen (≤ 16%) gebruiken personen van 75 jaar of ouder meer slaapmiddelen (29,0%). Ook het gebruik van kalmeringsmiddelen is het hoogst in de oudste leeftijdsgroep namelijk 11,3%. Antidepressiva worden vooral gebruikt door personen tussen 65 en 74 jaar (8,2%).

**Grafiek 23**
***Gebruik van psychotrope medicatie de afgelopen twee weken naar leeftijd, Vlaams Gewest (2001)***

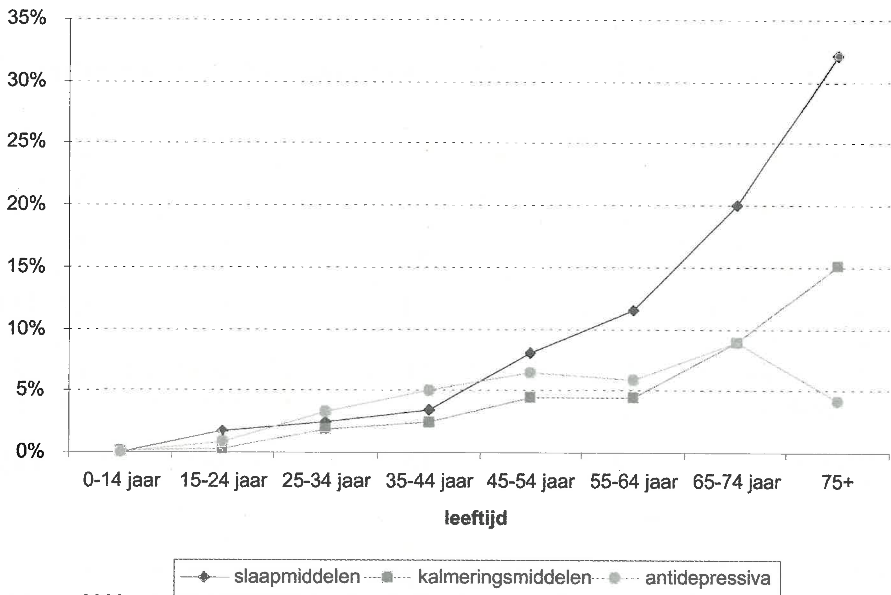



Bron: Demarest e.a., 2002

Opvallend is de verdubbeling van het gebruik van antidepressiva in de groep 65-74-jarigen ten opzichte van de groep 55-64-jarigen. Het gebruik van antidepressiva is tevens gestegen tussen 1997 en 2001. In alle leeftijdscategorieën, behalve deze van 15-24 jaar, doet er zich een toename voor.

Het gebruik van psychoactieve medicatie is hoger bij vrouwen (14,8%) dan bij mannen (8,3%). Bij vrouwen stijgt het gebruik van slaapmiddelen exponentieel met de leeftijd (grafiek 24).

**Grafiek 24**
***Gebruik door vrouwen van psychotrope medicatie de afgelopen twee weken naar leeftijd, Vlaams Gewest (2001)***




Bron: Demarest e.a., 2002

Het gebruik van psychotrope medicatie hangt samen met het opleidingsniveau: meer mensen zonder diploma zeggen dat ze de afgelopen twee weken psychotrope medicatie namen dan mensen met een diploma hoger onderwijs (20,5% versus 7,1% in 2001)[53]. De urbanisatiegraad leidt niet tot significante verschillen in gebruik van psychotrope medicatie. Wel is het gebruik van deze geneesmiddelen hoger in het Waals Gewest (17,1%) dan in het Brussels (15,4%) en in het Vlaams Gewest (11,6%).

42,9% van de bevolking tussen 45 en 64 jaar nam de afgelopen 24 uur een voorgeschreven geneesmiddel[54]. Voor 8,4% van de mannen uit deze leeftijdsgroep gaat het om medicatie in verband met het zenuwstelsel: 5,1% gebruikte psycholeptica, 3,5% psychoanaleptica en 1,9% analgetica. Bij de vrouwen nam 12,6% een geneesmiddel

[53] Dit zijn de gecorrigeerde percentages voor leeftijd en sekse.

[54] Bij de vraag naar het gebruik van medicatie de afgelopen 24 uur wordt aan de respondent gevraagd om de geneesmiddelen te tonen. Van deze medicatie noteert de enquêteur de CNK-code.

in verband met het zenuwstelsel: 6,9% gebruikte psycholeptica, 4,6% psychoanaleptica en 3,5% analgetica. Bij psycholeptica gaat het vooral om benzodiazepines en psychoanaleptica zijn in hoofdzaak antidepressiva. Niet-voorgeschreven geneesmiddelen werden de afgelopen 24 uur in veel mindere mate gebruikt (4,0%).

In 2001 peilt het Leefsituatie Onderzoek Vlaamse Ouderen (LOVO) naar de frequentie van het gebruik van pijnstillers, kalmeringsmiddelen/antidepressiva en slaapmiddelen (Vanden Boer & Pauwels, 2003). Kalmeringsmiddelen/antidepressiva worden het minst en pijnstillers het vaakst gebruikt in deze bevolkingsgroep. Als men ouder wordt neemt men frequenter slaapmiddelen: 23,5% van de 75-plussers neemt regelmatig slaapmiddelen tegenover 14,8% van de 65-74-jarigen en 7,7% van de 55-64-jarigen (tabel 33).

**Tabel 33**
***Geneesmiddelengebruik van Vlaamse ouderen naar leeftijd, in percentages (2001)***

| | 55-64 jaar | | | 65-74 jaar | | | 75-90 jaar | | | **totaal** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | regelmatig | af en toe | nooit | regelmatig | af en toe | nooit | regelmatig | af en toe | nooit | **regelmatig** | **af en toe** | **nooit** |
| pijnstillers | 12,0 | 24,8 | 63,2 | 12,4 | 25,1 | 62,6 | 18,7 | 20,1 | 61,1 | **13,7** | **23,8** | **62,5** |
| kalmerings/ antidepressiva | 9,0 | 6,9 | 84,1 | 9,7 | 7,0 | 83,3 | 13,1 | 10,1 | 76,8 | **10,2** | **7,7** | **82,1** |
| slaapmiddelen | 7,7 | 8,6 | 83,7 | 14,8 | 10,6 | 74,6 | 23,5 | 11,6 | 64,9 | **13,9** | **10,0** | **76,0** |
| **totaal (N)** | 989 | | | 898 | | | 565 | | | **2.452** | | |

Bron: Vanden Boer & Pauwels, 2003

Als men ernstige gezondheidsbelemmeringen ervaart, worden deze percentages hoger: 37,5% van de 75-plussers, 33,1% van de 65-74-jarigen en 17,1% van de 55-64-jarigen nemen dan regelmatig slaapmiddelen. Voor alle leeftijden en voor de drie geneesmiddelengroepen is er een verband tussen het gebruik van medicijnen en de gezondheidstoestand. Ouderen nemen meer medicijnen als ze meer last hebben van een lichamelijk ongemak, ziekte of handicap.
Ook in dit onderzoek valt op dat meer vrouwen dan mannen geneesmiddelen gebruiken (tabel 34). Dat is zowel het geval voor pijnstillers, als voor kalmeringsmiddelen/antidepressiva en slaapmiddelen.

**Tabel 34**
***Geneesmiddelengebruik van Vlaamse ouderen naar sekse (2001)***

| | mannen | | | vrouwen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | regelmatig | af en toe | nooit | regelmatig | af en toe | nooit |
| pijnstillers | 10,4% | 18,7% | 70,9% | 16,5% | 28,1% | 55,4% |
| kalmerings/antidepressiva | 6,5% | 6,7% | 86,8% | 13,4% | 8,5% | 78,2% |
| slaapmiddelen | 8,8% | 9,0% | 82,3% | 18,4% | 10,9% | 70,7% |

Bron: Vanden Boer & Pauwels, 2003

4,2% van de 75-plussers en 2,0% in de overige leeftijdscategorieën neemt regelmatig pijnstillers, slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen/antidepressiva. Meer vrouwen dan mannen nemen regelmatig deze drie soorten geneesmiddelen (3,1% van de vrouwen en 1,7% van de mannen).
De meeste personen nemen echter geen van deze medicijnen regelmatig: 61,5% van de 75-plussers, 73,4% van de 65-74-jarigen en 79,8% van de 55-64-jarigen.

De vakgroep huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent en het Centre Universitaire de Médicine Générale van de UCL rondden in 2004 een kwalitatief onderzoek af over het eerste gebruik van benzodiazepines (Anthierens e.a., 2004). De huisartspatiënten die in dit onderzoek geïnterviewd werden, waren tussen 18 en 76 jaar oud. Het gaat om 5 mannen en 15 vrouwen. De meeste patiënten geven meerdere klachten aan en vaak zijn er ook psychosociale problemen. Een aantal kan zich niet ontspannen, waardoor ze niet kunnen inslapen. Bijna de helft van de personen neemt niet voor het eerst benzodiazepines. Bijna de helft van de patiënten heeft zelf iets gevraagd aan de arts. De patiënten hebben een negatieve connotatie bij het gebruik van benzodiazepines en medicatie in het algemeen, maar ze hebben toch behoefte aan medicatie. Ze vinden over het algemeen dat het geneesmiddel hen geholpen heeft. Ze willen zelf beslissen hoe en wanneer ze met de medicatie zullen stoppen. Met de arts is daarover geen concrete termijn afgesproken. De meeste patiënten zullen expliciet om een nieuw voorschrift vragen bij de arts. Bij een aantal patiënten is er sprake van een conditioneringsproces namelijk dat ze al op voorhand zeggen dat ze niet zullen kunnen inslapen zonder benzodiazepines. De meeste van deze huisartspatiënten weten heel weinig over benzodiazepines, maar ze hebben ook geen behoefte aan meer informatie over deze medicatie. Daarvoor zijn er twee redenen: ze vertrouwen de huisarts en ze willen hun eigen gedrag niet in vraag stellen. Ze zijn er zich van bewust dat er afhankelijkheid kan optreden, maar anderzijds relativeren ze hun eigen gebruik. De patiënten verwachten dat ze medicatie krijgen van de huisarts. Ze vragen niet zelf naar een niet-medicamenteuze behandeling. Eens het benzodiazepinegebruik opgestart is, komt er bij deze patiënten een proces op gang waarbij ze zich passief opstellen en weerstand tonen tegenover verandering.
Voor de geïnterviewde ziekenhuispatiënten (13 mannen en 7 vrouwen tussen 18 en 74 jaar) is niet kunnen inslapen het grootste probleem. De meeste van deze patiënten nemen voor het eerst benzodiazepines. De eerste inname gebeurt op vraag van de pati-

ënt of op initiatief van de verpleegkundige. Bij de volgende innames worden benzodiazepines automatisch gegeven en moet de patiënt er niet meer naar vragen. De meeste patiënten zijn tevreden over de werking van het medicijn hoewel ze vaak opmerken dat de werking van korte duur is. Er worden geen afspraken gemaakt over de innameduur. Bijna de helft van de patiënten wil na het ontslag uit het ziekenhuis geen benzodiazepines meer nemen. Ze zijn ervan overtuigd dat hun problemen zullen verdwijnen eens ze uit het ziekenhuis zijn. De patiënten krijgen geen informatie over de slaapmedicatie die ze nemen, maar ze hebben er ook geen behoefte aan. De patiënten zien weinig alternatieven voor hun benzodiazepinegebruik in het ziekenhuis en ze verwachten geen niet-medicamenteuze alternatieven.

## 3.3 Gebruik van illegale drugs

Cannabis is in Europa het meest gebruikte illegale product (EWDD, 2003). Geschat wordt dat 1 op 5 volwassen in Europa ooit cannabis heeft gebruikt. Het gebruik van cannabis tijdens het laatste jaar wordt op minder dan 10% geschat. Het laatstejaarsgebruik is doorgaans het hoogst bij de jongvolwassenen (15-25-jarigen) en kan bij hen tot 20% oplopen.
Na cannabis worden amfetamines en XTC het meest gebruikt in de Europese landen. 0,5 tot 5% van de bevolking zou ooit één van beide producten gebruikt hebben. 0,5 tot 5% van de bevolking gebruikte ooit cocaïne. Het percentage volwassenen dat gedurende het laatste jaar amfetamines, XTC of cocaïne gebruikte is lager dan 1%. Minder dan 1% van de Europese volwassenen heeft ervaring met heroïnegebruik.
Het gebruik van illegale drugs ligt bij jongvolwassenen (15 tot 34 jaar) doorgaans twee keer zo hoog als bij volwassenen.
In de meeste Europese landen is het ooit-gebruik van cannabis in de jaren negentig gestegen. Voor de andere producten is het moeilijker om trends vast te stellen.

Volgens het Eurobarometer onderzoek gebruikte 33% van de Europese jongeren ooit cannabis en 11% gebruikte de laatste maand (EORG, 2004). Cannabis is meer doorgedrongen dan andere drugs: 10% gebruikte ooit andere drugs en 3% gebruikte de laatste maand andere drugs. De cijfers voor België neigen sterk naar het Europees gemiddelde (tabel 35).

**Tabel 35**
***Gebruik van cannabis en andere drugs in de Europese Unie en België***

| | ooit-gebruik in % | | gebruik laatste maand in % | |
|---|---|---|---|---|
| | cannabis | andere drugs | cannabis | andere drugs |
| EU - 2004 | 33 | 10 | 11 | 3 |
| België - 2004 | 31 | 8 | 11 | 3 |
| België - 2002 | 25 | 7 | 10 | 2 |

Bron: EORG, 2004

Meer mannen dan vrouwen in de Europese Unie zeggen dat ze de laatste maand cannabis gebruikten (EORG, 2004). Het cannabisgebruik ligt in 2004 het hoogst bij werklozen (20%) daar waar we in 2002 de grootste groep cannabisgebruikers bij managers zagen (23%) (EORG, 2002; 2004).

Voor Vlaanderen vinden we in verschillende onderzoeken informatie over het gebruik van illegale drugs. De laatste jaren vonden er ook verschillende bevragingen plaats bij leerlingen in het secundair onderwijs waarbij middelengebruik aan bod kwam (Kinable, 2004; Vereecken & Maes, 2002; Patesson e.a., 2003b; Jespers e.a., 2004; Provincie Limburg, 2003; Hibell e.a., 2004). Het gebruik van cannabis, amfetamines en XTC was een van de onderwerpen van de nationale gezondheidsenquête die in 2001 werd afgenomen (Demarest e.a., 2002). Daarnaast bespreken we in dit hoofdstuk een onderzoek naar gebruikspatronen van ervaren cannabisgebruikers (Decorte e.a. 2003).

## 3.3.1 Jongeren en illegaal druggebruik

Jongeren en illegaal druggebruik, het is een thema dat ook in de periode 2000-2004 veelvuldig werd onderzocht. We zien dan vooral kwantitatief onderzoek dat peilt naar de frequentie van gebruik van verschillende producten: de VAD-leerlingenbevraging, de HBSC-studie, het ESPAD-onderzoek, het Jongeren en Welzijn onderzoek van de Rodin Stichting, het Sociaal en Gezondheidsonderzoek in Antwerpen en het Euregionaal jongerenonderzoek in de provincie Limburg.

### 3.3.1.1 VAD-leerlingenbevraging

Een vierde (24,6%) van de jongeren, bij wie tijdens het schooljaar 2003-2004 naar het druggebruik werd gepolst in het kader van de VAD-leerlingenbevraging, gebruikte ooit cannabis (Kinable, 2004). Daarvan stopte twee vijfde (39,4%) met gebruiken tijdens het afgelopen jaar. Er is een sterke toename in ooit-gebruik met de leeftijd. Van de jongste leerlingen heeft 7,6% ooit cannabis gebruikt, bij de 15-16-jarigen is dit 3 op de 10 (30,5%) en voor de oudste leerlingen bijna de helft (47,2%). Het ooit-gebruik van cannabis is het laagst in het ASO (16,6%), gevolgd door het BSO (31,2%) en het TSO (33,3%).
85,1% van de leerlingen heeft het afgelopen jaar geen cannabis gebruikt; de overige 14,9% deed dit wel: 9,3% deed dit occasioneel en 5,7% op regelmatige basis (tabel 36).

**Tabel 36**
***Laatstejaarsgebruik van cannabis, amfetamines en XTC (2003-2004)***

| | niet | | occasioneel | | regelmatig | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % |
| cannabis | 1.263 | 85,1 | 138 | 9,3 | 84 | 5,7 |
| cocaïne | 1.469 | 98,6 | 19 | 1,3 | 2 | 0,1 |
| amfetamines | 1.461 | 98,6 | 16 | 1,1 | 4 | 0,3 |
| XTC | 1.461 | 98,4 | 29 | 1,3 | 4 | 0,3 |

Bron: Kinable, 2004

Het percentage cannabisgebruikers stijgt gestaag over de drie leeftijdsgroepen: van 3,8% bij de 12-14-jarigen over 19,9% bij de 15-16-jarigen tot 28,1% bij de 17-18-jarigen. De stijging manifesteert zich zowel in het occasioneel als in het regelmatig gebruik. In elk van de drie leeftijdsgroepen overheerst het aandeel occasionele gebruikers evenwel het aandeel regelmatige gebruikers.
In het ASO zitten minder leerlingen die het voorbije jaar cannabis hebben gebruikt dan in het TSO en het BSO. Terwijl er in het ASO en het TSO meer occasionele dan regelmatige cannabisgebruikers zijn, zijn deze beide groepen in het BSO ongeveer even groot.
Tijdens het voorbije jaar hebben in verhouding meer jongens dan meisjes cannabis gebruikt (19,4% tegenover 10,3%). Het verschil toont zich vooral in het regelmatig gebruik dat bij de jongens meer dan dubbel zo hoog ligt als bij de meisjes.

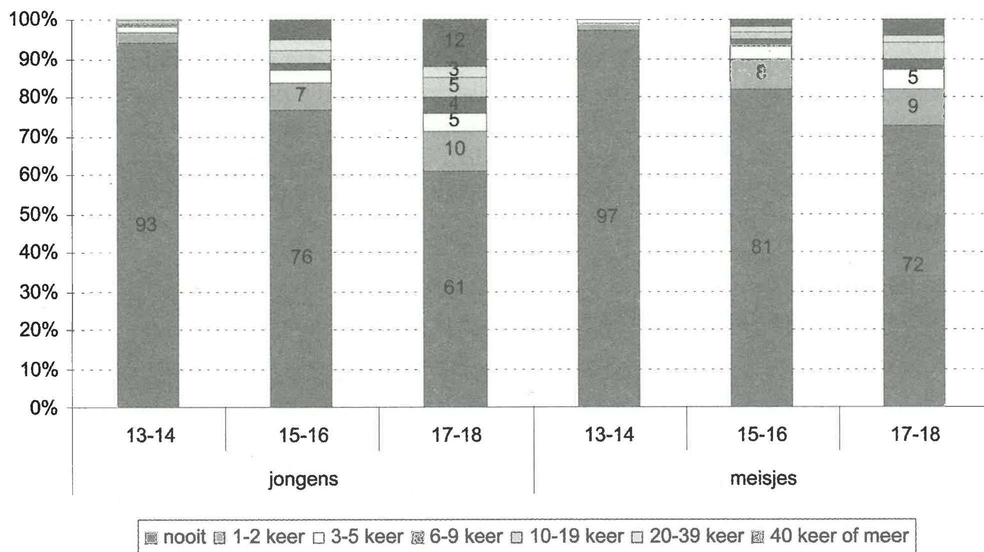
6,2% van de jongeren, bij wie naar het druggebruik werd gepolst in het kader van de VAD-leerlingenbevraging, gebruikte ooit andere illegale drugs dan cannabis (Kinable, 2004). Daarvan stopte 3 op 5 (58,1%) met gebruiken tijdens het afgelopen jaar. Voor andere illegale drugs dan cannabis is er ook een toename in ooit-gebruik met de leeftijd. Slechts enkelen van de jongste leerlingen (2,6%) hebben ooit een andere illegale drug dan cannabis gebruikt, bij de 15-16-jarigen is dit gestegen tot 7,3% en bij de oudste leerlingen tot 1 op 9 (10,9%). Het ooit-gebruik van andere illegale drugs dan cannabis is het laagst in het ASO (2,6%), gevolgd door het TSO (6,8%) en vervolgens het BSO (14,0%).
97,4% van de leerlingen heeft het afgelopen jaar geen andere illegale drugs dan cannabis gebruikt; de overige 2,6% deed dit wel: 2,1% deed dit occasioneel en 0,5% op regelmatige basis.
Het percentage illegaledruggebruikers (andere dan cannabis) stijgt gestaag over de drie leeftijdsgroepen: van 0,2% bij de 12-14-jarigen over 3,6% bij de 15-16-jarigen tot 6,0% bij de 17-18-jarigen. De stijging manifesteert zich vooral in het occasioneel gebruik.
In het ASO zitten minder leerlingen die het voorbije jaar illegale drugs hebben gebruikt dan in het TSO en het BSO. Het ASO telt bovendien meer occasionele gebruikers.
Tijdens het voorbije jaar hebben in verhouding meer jongens dan meisjes illegale drugs gebruikt (14,4% tegenover 10,2%). Het verschil toont zich vooral in het regelmatig gebruik dat bij de jongens bijna drie keer zo hoog ligt als bij de meisjes.
Van de andere illegale drugs dan cannabis worden vooral XTC, cocaïne en amfetamines gebruikt. Het gaat hier wel om zeer kleine aantallen (tabel 36). Tripmiddelen en heroïne worden haast niet gebruikt.

### 3.3.1.2 HBSC-studie

De HBSC-studie gaat na of jongeren ooit of tijdens de afgelopen maand illegale drugs gebruikten (Vereecken & Maes, 2002). De resultaten van 2002 tonen aan dat het gebruik van illegale drugs toeneemt met de leeftijd, dat jongens vaker gebruiken dan meisjes en dat een aanzienlijk percentage van de jongeren regelmatig illegale drugs gebruikt.
25,9% van de leerlingen uit het secundair onderwijs die in 2002 werden bevraagd, gebruikten ooit cannabis. Dit geldt voor 30,0% van de jongens en 21,6% van de meisjes.

12,0% van de 17-18-jarige jongens en 4,0% van de 17-18-jarige meisjes gebruikte het afgelopen jaar 40 keer of meer cannabis (grafiek 25).

**Grafiek 25**
***Frequentie van cannabisgebruik de laatste 12 maanden (2002)***




Bron: Vereecken & Maes, 2002

De afgelopen maand gebruikte 13,9% van de bevraagde leerlingen cannabis: 17,0% van de jongens en 10,6% van de meisjes (tabel 37). 9,0% van de jongens en 4,0% van de meisjes gebruikte de afgelopen maand 3 of meer keer cannabis.
In het TSO en het BSO zijn er meer jongeren die al meerdere keren cannabis gebruikten en die ook de afgelopen maand cannabis gebruikten. 24% à 26% van de jongens in het BSO en TSO gebruikten de afgelopen maand cannabis, 13,0% van de BSO-jongens en 14,0% van de TSO-jongens deed dit minstens 3 keer.

**Tabel 37**
***Percentage leerlingen uit het secundair onderwijs dat de afgelopen maand illegale drugs gebruikte (2002)***

| | jongens | meisjes | totaal |
|---|---|---|---|
| cannabis | 17,0% | 10,6% | 13,9% |
| cocaïne | 0,8% | 0,4% | 0,6% |
| heroïne | 0,4% | 0,1% | 0,3% |
| hallucinogenen | 1,7% | 0,3% | 1,0% |
| amfetamines | 2,0% | 1,0% | 1,5% |
| XTC | 2,4% | 1,2% | 1,7% |
| tripmiddelen | 1,1% | 0,3% | 0,7% |

Bron: Vereecken & Maes, 2002

Naast hasj zijn vooral XTC en amfetamines populair in het bijzonder bij de jongens uit het BSO. 5,0% van de jongens uit het BSO gebruikte de afgelopen maand amfetamines, 4,0% gebruikte XTC.

### 3.3.1.3 ESPAD-onderzoek

In België gebruikte 32,6% van de 15-16-jarigen ooit illegale genotmiddelen (Hibell e.a., 2004). Meer jongens (37,2%) dan meisjes (28,3%) experimenteerden met illegale drugs. De meeste jongeren die ooit illegale drugs gebruikten, gebruikten cannabis. De voorbije maand gebruikte 16,7% van de Belgische jongeren cannabis (20,3% van de jongens en 13,4% van de meisjes) (tabel 38). Gebruik van andere illegale drugs dan cannabis komt veel minder voor. Het ooit-gebruik van illegale drugs uitgezonderd cannabis is 7,9%.

**Tabel 38**
***Gebruik van illegale drugs (2003)***

| | | ooit-gebruik | gebruik laatste jaar | gebruik laatste maand |
|---|---|---|---|---|
| cannabis | jongens | 36,8 | 31,9 | 20,3 |
| | meisjes | 28,1 | 21,9 | 13,4 |
| | **totaal** | **32,2** | **26,7** | **16,7** |
| paddestoelen | jongens | 7,6 | 3,9 | 1,6 |
| | meisjes | 2,8 | 1,2 | 0,4 |
| | **totaal** | **5,1** | **2,5** | **1,0** |
| XTC | jongens | 5,1 | 3,2 | 1,5 |
| | meisjes | 3,7 | 2,3 | 1,1 |
| | **totaal** | **4,4** | **2,7** | **1,3** |
| LSD of andere hallucinogenen | jongens | 4,3 | 2,4 | 1,0 |
| | meisjes | 1,2 | 0,9 | 0,4 |
| | **totaal** | **2,7** | **1,6** | **0,7** |
| cocaïne | jongens | 3,0 | 1,1 | 0,6 |
| | meisjes | 2,1 | 1,2 | 0,8 |
| | **totaal** | **2,5** | **1,1** | **0,7** |
| amfetamines | jongens | 2,5 | 1,3 | 0,5 |
| | meisjes | 1,9 | 1,3 | 0,9 |
| | **totaal** | **2,2** | **1,3** | **0,7** |

Bron: Sleiman, 2004

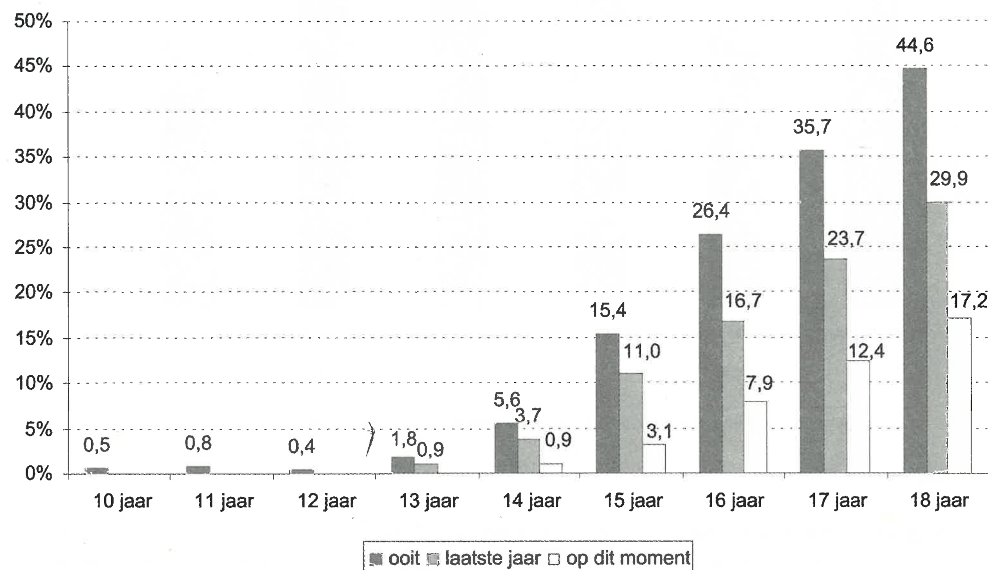
Het cannabisgebruik ligt hoger in Wallonië (20%) dan in Vlaanderen (14%). De voorbije maand gebruikten dubbel zoveel Waalse dan Vlaamse meisjes cannabis. Nederlandse (13%) en Duitse (12%) jongeren rapporteerden in vergelijking met de Belgische jongeren minder dat ze de afgelopen maand cannabis gebruikten. In het Verenigd Koninkrijk (20%) en Frankrijk (22%) komt recent cannabisgebruik meer voor dan in België.

Van de jongeren die de laatste maand cannabis gebruikten deed meer dan een derde dat 1 à 2 keer (37,1%) (Sleiman, 2004). 7,6% gebruikte de laatste 4 weken 40 keer of meer cannabis.
Voor alle illegale drugs lijkt de leeftijd van 14-15 jaar de leeftijd te zijn waarop de meeste respondenten voor het eerst illegale drugs probeerden.

### 3.3.1.4 Jongeren en Welzijn onderzoek

Uit het onderzoek Jongeren en Welzijn komt naar voor dat het percentage jongeren dat al cannabis heeft geprobeerd, toeneemt met de leeftijd (Patesson e.a., 2003b). Van de jongeren van 15 jaar heeft 15,4% ooit al cannabis geprobeerd, bij de 18-jarigen gaat het om 44,6% (grafiek 26). Van de totale steekproef experimenteerde 18,4% van de jongens tegenover 13,9% van de meisjes al met cannabis. Dezelfde tendensen stellen zich bij het gebruik van cannabis de laatste 12 maanden. Meer jongens (10,6%) dan meisjes (7,5%) gebruikten het laatste jaar cannabis. Het aandeel jongeren dat zegt het laatste jaar cannabis gebruikt te hebben neemt toe met de leeftijd.
4,2% van alle bevraagde jongeren tussen 10 en 18 jaar gebruikt op dit moment cannabis: 5,5% van de jongens en 3,0% van de meisjes. Op dit moment gebruikt 12,4% van de 17-jarigen en 17,2% van de 18-jarigen cannabis. 16,5% van de jongeren die op dit moment cannabis gebruiken, doen dat dagelijks, 50,6% enkele keren per maand of in het weekend en 32,9% nog minder vaak.

**Grafiek 26**
***Prevalentie van cannabisgebruik (2003)***




Bron: Patesson e.a., 2003b

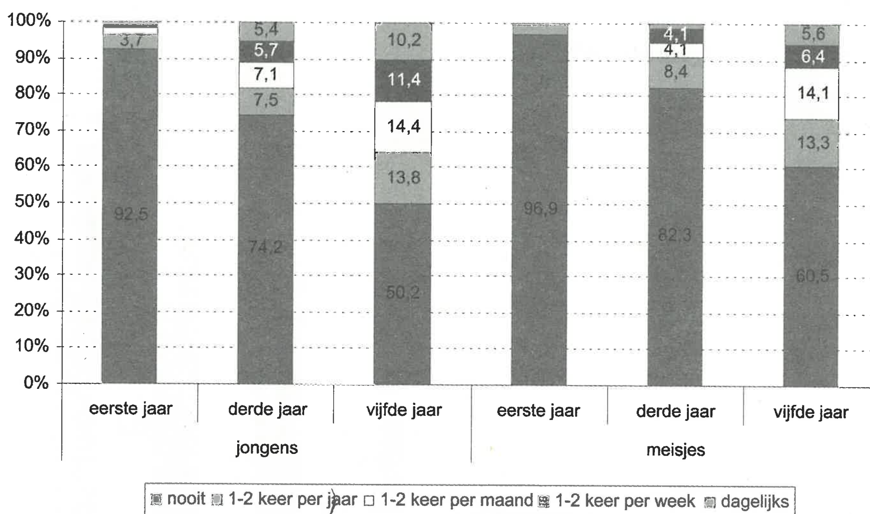
Van de jongeren die momenteel cannabis gebruiken of ooit geprobeerd hebben zijn er meer met een rokende ouder dan met ouders die niet roken (Patesson e.a., 2003b). De meeste cannabisgebruikers kregen cannabis voor het eerst voorgesteld door een vriend (83,1%). Cannabis wordt vooral in groep gebruikt (79,0%). 23,5% gebruikt soms alleen.

1,4% van de bevraagde jongeren heeft ooit XTC gebruikt (Patesson e.a., 2003b). 6,5% van de 18-jarigen heeft al XTC gebruikt. In 42,9% van de gevallen kregen jongeren XTC voor de eerste keer voorgesteld door een vriend.

### 3.3.1.5 Sociaal en Gezondheidsonderzoek Antwerpen (SEGO II)

Uit het SEGO II-onderzoek in Antwerpen komt naar voor dat jongens frequenter dan meisjes cannabis gebruiken en dat het gebruik van cannabis toeneemt met de leeftijd (Jespers e.a., 2004). In het eerste jaar zegt 92,5% van de jongens en 96,9% van de meisjes dat ze nog nooit cannabis hebben gebruikt (grafiek 27). In het vijfde jaar heeft de helft van de jongens en 4 op 10 meisjes al eens cannabis gebruikt. 10,2% van de jongens uit het vijfde jaar doet dat dagelijks tegenover 5,6% van de meisjes. Het KSO telt het minst jongeren die nog nooit cannabis gebruikten (5 à 6 op 10 jongeren). In het KSO gebruikt een grote groep jongens occasioneel cannabis (30,8%). De grootste groep dagelijkse gebruikers zijn te vinden in het BSO voor de jongens (11,1%) en in het KSO voor de meisjes (7,4%). Jongeren met een Oost-Europese, Aziatische of Afrikaanse afkomst roken het vaakst dagelijks cannabis gevolgd door de Belgische jongeren.

**Grafiek 27**
***Frequentie van cannabisgebruik (2002-2003)***




Bron: Jespers e.a., 2004

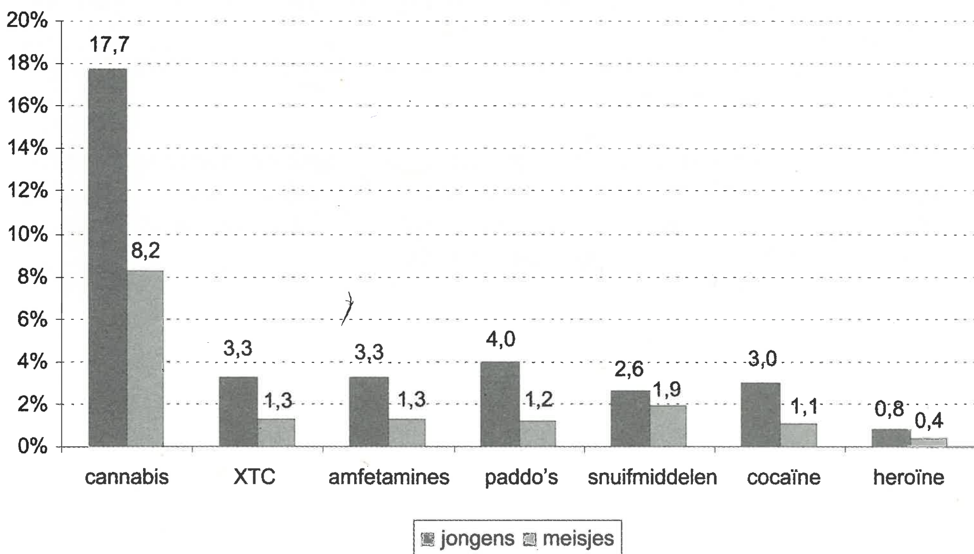
Als er andere middelen dan cannabis werden gebruikt dan gaat het hoofdzakelijk om het gebruik van stimulantia (XTC, speed, dieetpillen) of hallucinogenen (Jespers e.a., 2004). In het vijfde jaar nam 11,2% van de jongens en 9,6% van de meisjes ooit stimulantia, de meesten deden dat 1 à 2 keer per jaar. 10,6% van de jongens uit het vijfde jaar nam ooit hallucinogenen tegenover 5,3% van de meisjes.
In het BSO hebben in vergelijking met de andere studierichtingen al meer jongeren ooit stimulantia gebruikt. Het gebruik van hallucinogenen komt het meest voor bij de jongens uit het BSO en de meisjes van het KSO. Vergelijken we de nationaliteiten dan zijn

het vooral jongeren met een Oost-Europese, Aziatische of Afrikaanse afkomst die stimulantia of hallucinogenen gebruiken. 6,9% van de jongens met een Oost-Europese, Aziatische of Afrikaanse afkomst gebruikt dagelijks stimulantia en 5,2% van deze jongens neemt dagelijks hallucinogenen.

### 3.3.1.6 Euregionaal jongerenonderzoek

In het Euregionaal jongerenonderzoek werden de Limburgse scholieren ook bevraagd over hun gebruik van illegale drugs (Provincie Limburg, 2003). 26,3% van de jongeren heeft ooit cannabis gebruikt. De afgelopen 4 weken rapporteerde 13,1% van de jongeren gebruik van cannabis: 5,9% af en toe en 7,2% regelmatig[55]. In het BSO en het TSO is de prevalentie van ooit-gebruik van cannabis hoger dan in het ASO (33,5% en 27,2% versus 19,4%). Het percentage jongeren dat ooit cannabis heeft gebruikt is dubbel zo hoog in de derde graad (36,4%) als in de tweede graad (16,2%). Meer jongens (31,2%) dan meisjes (21,1%) gebruikten ooit cannabis. Dezelfde tendensen zijn vast te stellen in het cannabisgebruik gedurende de laatste 4 weken. Er zijn dubbel zoveel leerlingen uit het BSO (17,5%) die binnen deze periode cannabis gebruikten dan leerlingen uit het ASO (9,2%). In de tweede graad gebruikte 8,2% van de leerlingen de laatste 4 weken cannabis, in de derde graad loopt dat op tot 18,1%. Meer jongens (17,7%) dan meisjes (8,2%) gebruikten de laatste maand cannabis en zij deden dat ook frequenter (grafiek 28). 10,3% van de jongens gebruikt regelmatig cannabis. Jongeren uit het BSO gebruiken regelmatiger cannabis dan jongeren uit het TSO of het ASO.

**Grafiek 28**
***Gebruik van illegale drugs gedurende de laatste 4 weken naar sekse (2002)***




Bron: Provincie Limburg, 2003

55 Regelmatig gebruik wordt in dit onderzoek gedefinieerd als minstens 4 keer gebruiken tijdens de laatste 4 weken.

6,7% van de jongeren gebruikte ooit amfetamines, 6,4% nam ooit paddestoelen, 5,8% van de leerlingen gebruikte ooit XTC, 5,5% gebruikte ooit snuifmiddelen, 4,7% cocaïne en 1,6% heroïne. Amfetamines werden door 2,4% van de leerlingen ook de laatste 4 weken genomen, paddestoelen door 2,6%, XTC en snuifmiddelen door 2,3%, cocaïne door 2,1% en heroïne door 0,6% (grafiek 28). Meer jongens dan meisjes experimenteerden met het gebruik van deze middelen en het gebruik ligt hoger in het BSO dan in de overige onderwijsrichtingen.

***Jongeren en illegaal druggebruik: samengevat***

Een kwart van de *Vlaamse* jongeren in het secundair onderwijs gebruikte ooit cannabis. 15% gebruikte het afgelopen jaar cannabis: 6% gebruikte minstens 1 maal per week cannabis en 9% deed dit minder vaak. Regelmatig gebruik van cannabis ligt bij jongens dubbel zo hoog als bij meisjes. 3% van de jongeren gebruikte het afgelopen jaar andere illegale drugs dan cannabis. Van de andere illegale drugs worden vooral XTC, cocaïne en amfetamines gebruikt.
De afgelopen maand gebruikte 14% van de leerlingen in het secundair onderwijs cannabis: 17% van de jongens en 11% van de meisjes. 9% van de jongens en 4% van de meisjes gebruikte de laatste maand 3 keer of meer cannabis.

Van de *Belgische* 15-16-jarigen gebruikte 16,7% de laatste maand cannabis. Het cannabisgebruik is hoger in Wallonië (20%) dan in Vlaanderen (14%). De voorbije maand gebruikten dubbel zoveel Waalse als Vlaamse meisjes cannabis. Nederlandse (13%) en Duitse (12%) jongeren rapporteerden in vergelijking met de Belgische jongeren minder dat ze de afgelopen maand cannabis gebruikten. Van de jongeren die de laatste maand cannabis gebruikten, deed meer dan een derde dat 1 à 2 keer (37,1%).
16,5% van de Belgische jongeren tussen 10 en 18 jaar die momenteel cannabis gebruiken doen dat dagelijks.

In *Antwerpen* stelt men vast dat de grootste groep dagelijks cannabisgebruikers te vinden is in het BSO voor de jongens en in het KSO voor de meisjes. In de provincie *Limburg* zijn er dubbel zoveel leerlingen uit het BSO die de laatste 4 weken cannabis gebruikten dan leerlingen uit het ASO.

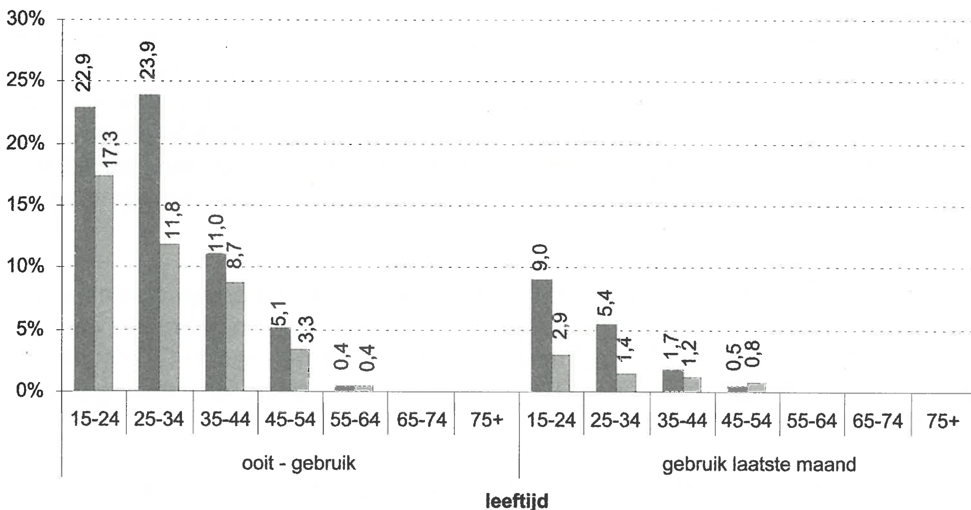
### 3.3.2 Gebruik van illegale drugs in de bevolking

In de gezondheidsenquête van 2001 werd een module 'gebruik van illegale drugs' opgenomen (Demarest e.a., 2002). Men wou daarmee een zicht krijgen op het gebruik van cannabis en op het gebruik van XTC/amfetamines[56].

In het Vlaams Gewest heeft 8,7% van de bevolking ooit cannabis gebruikt. Meer mannen (10,8%) dan vrouwen (6,8%) deden dat. Bij de vrouwen is het ooit-gebruik het hoogst in de leeftijdsgroep 15-24 jaar (17,3%) en vermindert daarna geleidelijk. Bij mannen is het ooit-gebruik van cannabis het hoogst bij de 25-34-jarigen (23,9%) en de 15-24-jarigen (22,9%). Het ooit-gebruik van cannabis neemt toe met het opleidingsniveau.

1,9% van de bevolking gebruikte de afgelopen maand cannabis (2,8% mannen en 1,1% vrouwen). Personen die de laatste maand cannabis gebruikten zijn vooral terug te vinden in de leeftijdscategorie 15-24 jaar en dit zowel bij de mannen (9,0%) als bij de vrouwen (2,9%) (grafiek 29).

**Grafiek 29**
***Gebruik van cannabis (ooit en laatste maand), Vlaams Gewest (2001)***




Bron: Demarest e.a., 2002

1,6% van de Vlaamse bevolking heeft ooit XTC/amfetamines gebruikt. Meer mannen dan vrouwen deden dat ooit (2,0% tegenover 1,2%). Het ooit-gebruik is zowel voor mannen als vrouwen het hoogst bij de 25-34-jarigen, respectievelijk 5,3% en 3,1%. Slechts 0,2% van de bevolking uit het Vlaams Gewest heeft de laatste maand XTC/ amfetamines gebruikt.

[56] XTC en amfetamines werden als één productcategorie bevraagd.

### 3.3.3 Motieven voor het gebruik van illegale drugs

In het Eurobarometer onderzoek worden als drie voornaamste redenen om drugs te gaan gebruiken nieuwsgierigheid (64%), druk van vrienden (45%) en voor de kick (37%) genoemd (EORG, 2004). Voor de Belgische respondenten komen problemen thuis op de derde plaats (36%) en voor de kick wordt als vierde motivatie genoemd.
Europese jongeren noemen als belangrijkste redenen waarom het moeilijk is om met druggebruik te stoppen: afhankelijkheid (72%), gebrek aan wilskracht (50%) en effecten van drugs (41%). Ook in België worden deze drie redenen het meest aangehaald door de respondenten.

De meeste jongeren die experimenteren met illegale drugs houden na een aantal keer vanzelf op met gebruiken. Andere jongeren beslissen om door te gaan. Motieven om drugs te gebruiken spelen daarin een rol. Van de totale groep jongeren, bevraagd in het kader van de VAD-leerlingenbevraging, vermoedt 52,4% dat jongeren illegale drugs gebruiken voor de kick en 52,0% denkt dat stoerdoenerij hierin een rol speelt (Kinable, 2004). 43,8% denkt dat het te maken heeft met nieuwsgierigheid. 35,6% meent dat dit gebeurt onder druk van vrienden en op de vijfde plaats wordt vermeld dat ze het doen om zich goed te voelen (19,2%).
Jongeren nemen geen illegale drugs omdat ze bang zijn om verslaafd te worden (48,0%). 34,5% meent dat jongeren geen drugs gebruiken 'omdat ze geen drugs nodig hebben', 30,6% denkt dat ze schrik hebben voor hun ouders, 27,8% 'omdat illegale drugs gevaarlijk zijn', 24,1% 'omdat illegale drugs te duur zijn', 21,8% 'omdat ze een sterke persoonlijkheid hebben' en 21,4% 'omdat het slecht is voor hun gezondheid'. 4,4% meent dat jongeren geen illegale drugs gebruiken omdat ze er moeilijk aan geraken.

9 jongeren op 10 die door de Rodin Stichting werden bevraagd, zijn cannabis gaan gebruiken uit nieuwsgierigheid (Patesson e.a., 2003b). Jongeren gebruiken cannabis vooral om te ontspannen (85,9%), maar ook om zich goed te voelen (70,6%) en om uit de bol te gaan (60,0%). Ook XTC wordt vooral geprobeerd uit nieuwsgierigheid (71,4%).

Ervaren cannabisgebruikers gebruiken cannabis vooral om te ontspannen of voor de gezelligheid met vrienden (Decorte e.a., 2003). Daarnaast scoren ook 'om te kunnen genieten van een film of muziek', 'om stoom af te blazen' of 'als slaapmiddel' zeer goed. 'Bij de groep horen', 'om het gezag uit te dagen' en 'nieuwsgierigheid' worden door 39% van de steekproef genoemd als redenen die vroeger voor hen belangrijk waren om cannabis te gebruiken maar nu niet meer.
61% van de respondenten heeft al een periode gekend van een maand of meer waarin ze geen cannabis gebruikten. De meest aangehaalde redenen daarvoor waren 'verantwoordelijkheid tegenover studie of werk', 'omwille van de negatieve effecten' en 'door verandering levensstijl'.

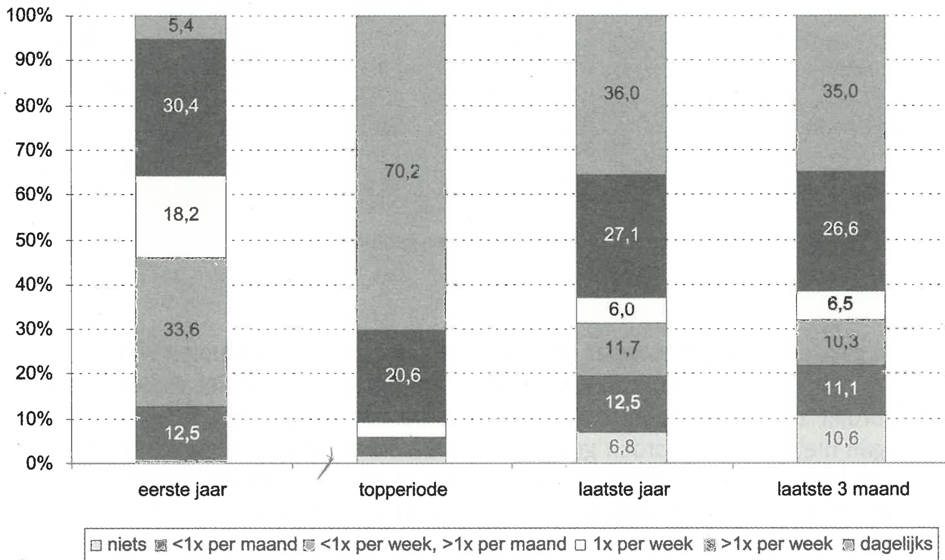
### 3.3.4 Gebruikspatronen bij ervaren cannabisgebruikers

Uit onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers blijkt dat de gemiddelde leeftijd waarop de respondenten voor het eerst cannabis gebruikten 16,3 jaar is (Decorte e.a., 2003). De meeste respondenten gebruikten de eerste keer marihuana (79,9%). 15,4% gebruikte de eerste keer hasj. 67,5% kreeg cannabis de eerste keer aangeboden. Bijna 89,4% van de cannabisgebruikers gebruikte cannabis voor het eerst in het gezelschap van één of meer vrienden.

Bij de meeste respondenten is het gebruik langzaam gegroeid, tot het een piek bereikte en daarna weer afnam. De meeste cannabisgebruikers hebben binnen de maand na hun eerste ervaring met cannabis opnieuw cannabis gebruikt. Gemiddeld begonnen de respondenten op de leeftijd van 17,7 jaar regelmatig (minstens één keer per maand) cannabis te gebruiken. De 'topperiode', namelijk de periode waarin men het meest cannabis gebruikt, volgt 2,4 jaar later op een gemiddelde leeftijd van 20,1 jaar. De topperiode duurde gemiddelde 2 jaar en 2 maanden.

In de topperiode gebruikt 70,2% van de respondenten dagelijks cannabis. De laatste drie maand voor het interview gebruikt 35,0% van de steekproef dagelijks cannabis (grafiek 30). Mannen gebruiken frequenter dan vrouwen.

**Grafiek 30**
***Regelmaat van cannabisgebruik***




Bron: Decorte e.a., 2003

Ervaren cannabisgebruikers gebruiken gemiddeld 7 gram cannabis per maand tijdens het eerste jaar van regelmatig gebruik, 24 gram tijdens de topperiode, 13 gram tijdens het laatste jaar en 13 gram tijdens de laatste 3 maanden voor het interview (Decorte, e.a., 2003). Mannen gebruiken maandelijks gemiddeld grotere hoeveelheden dan vrouwen.

Tijdens het eerste jaar van regelmatig gebruik wordt cannabis meer in het weekend of alleen in het weekend gebruikt. In de topperiode gebruikt meer dan de helft van de respondenten evenveel in de week als in het weekend.

In de interviews met de ervaren cannabisgebruikers werd ook nagegaan in welke mate ze ervaring hebben met ander middelengebruik (Decorte, e.a., 2003). Alle respondenten hebben ooit alcohol gedronken en bijna allemaal hebben ze ooit tabak gerookt (tabel 39). 1 op 5 heeft nog niet geëxperimenteerd met andere roesmiddelen als alcohol en tabak buiten beschouwing worden gelaten. 52,3% experimenteerde met hallucinogenen, 49,6% gebruikte ooit XTC en 40,1% gebruikte ooit amfetamines. Tijdens de laatste drie maanden worden deze producten al heel wat minder gebruikt.

**Tabel 39**
***Gebruik van roesmiddelen door ervaren cannabisgebruikers***

| | ooit-gebruik | | laatste 3 maand | |
|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | %* |
| alcohol | 369 | 100,0 | 351 | 95,1 |
| tabak | 353 | 95,7 | 302 | 81,8 |
| hallucinogenen | 193 | 52,3 | 32 | 8,7 |
| XTC | 183 | 49,6 | 71 | 19,2 |
| amfetamines | 148 | 40,1 | 29 | 7,9 |
| cocaïne | 129 | 35,0 | 43 | 11,7 |
| rustgevende middelen | 101 | 27,4 | 33 | 8,9 |
| slaapmiddelen | 92 | 24,9 | 33 | 8,9 |
| hasjolie | 83 | 22,5 | 4 | 1,1 |
| vluchtige stoffen | 69 | 18,7 | 4 | 1,1 |
| opiaten | 58 | 15,7 | 10 | 2,7 |
| crack | 29 | 7,9 | 2 | 0,5 |

* % van het aantal respondenten die het product ooit hebben gebruikt

Bron: Decorte e.a., 2003

De vaakst genoemde situaties waar de respondenten cannabis gebruiken zijn 'bij vrienden' en bij het 'uitgaan' (Decorte, e.a., 2003). De plaatsen waar het vaakst cannabis wordt gebruikt zijn bij vrienden thuis, thuis, op feestjes of op concerten. Situaties die daarentegen niet geschikt worden geacht om cannabis te gebruiken zijn 'voor of op het werk', 'met familie', 'bij een belangrijke prestatie of examen', 'thuis of met ouders' of 'op school'. Cannabis wordt zelden of nooit gebruikt op het werk.

### 3.3.5 Gevolgen van illegaal druggebruik

Europese jongeren denken dat afhankelijkheid, mentale problemen, problemen met justitie en overdraagbare aandoeningen de voornaamste gevolgen zijn van druggebruik (EORG, 2004). Belgische jongeren sluiten zich hierbij aan, alleen wordt het opheffen van pijn of stress iets meer genoemd dan overdraagbare aandoeningen.
De meeste Europese jongeren vinden heroïne, cocaïne, crack, LSD, XTC en morfine zeer gevaarlijke drugs. 24,0% vindt cannabis een zeer gevaarlijke drug, 9,0% vindt

cannabis helemaal geen gevaarlijke drug. 34,0% gaat akkoord met de stelling dat occasioneel gebruik van cannabis niet schadelijk is.
In België vindt 21,0% van de bevraagde jongeren cannabis een zeer gevaarlijk product. 44,0% van de bevraagde Belgen vindt occasioneel gebruik van cannabis niet schadelijk.

16,5% van de cannabisgebruikers neemt bewust risico's zoals onvoorzichtig rijden na het gebruik van cannabis (Patesson e.a., 2003b). 12,9% van de cannabisgebruikers zegt dat cannabisgebruik hen al heeft belemmerd om sport te beoefenen. 15,3% ondervond al moeilijkheden met het gerecht of met de politie als gevolg van hun cannabisgebruik. 18,8% van de cannabisgebruikers geeft aan dat cannabisgebruik hen al heeft belemmerd om op school de lessen normaal te volgen. Van de jongeren die minstens enkele keren per maand of dagelijks cannabis gebruiken, heeft ruim een kwart (27,8%) problemen om op school de lessen normaal te volgen. Voor de jongeren die alleen of soms alleen cannabis gebruiken ligt dit percentage nog hoger (41,9%).

Er zijn meer jongens dan meisjes die wel eens high geweest zijn op de schoolbanken nadat ze cannabis rookten (Jespers e.a., 2004). Voor 10,5% van de jongens uit het vijfde jaar gebeurde dat al 5 keer of meer.

## 3.4 Combigebruik

In een aantal onderzoeken wordt nagegaan of de respondenten die een bepaald product gebruikten al dan niet meer kans hebben om ook een ander product te gebruiken. We bespreken deze resultaten hier onder de noemer combigebruik, maar hier past wel enige oplettendheid bij. Meestal gaat het om statistische verbanden en is er niet rechtsreeks aan de respondenten in het onderzoek gevraagd welke middelen ze combineren. De combinaties die worden bekeken zijn tabak en alcohol, tabak en cannabis, alcohol en cannabis en verschillende illegale drugs.

Cattaert en Pacolet (2004) besluiten op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête dat rokers vaker dagelijkse drinkers zijn dan niet-rokers. Het aandeel rokers die tot de categorie zware alcoholgebruikers horen is groter dan bij de niet-rokers. Rokers drinken gemiddeld 9,1 glazen alcohol per week, niet-rokers 5,1.
Dezelfde auteurs vonden in de resultaten van de gezondheidsenquête een significant verband tussen cannabisgebruik en consumptie van alcohol (Cattaert & Pacolet, 2004). Personen die ooit cannabis gebruikten, drinken gemiddeld meer glazen alcohol per week dan personen die nog nooit cannabis gebruikt hadden. Het percentage probleemdrinkers en risicodrinkers ligt eveneens hoger bij de cannabisgebruikers dan bij de nooit-gebruikers.

In het Jongeren en Welzijn onderzoek van de Rodin Stichting werden verschillende mogelijke combinaties van middelengebruik onderzocht. Tussen tabak- en alcoholgebruik blijkt er een duidelijk verband. Onder de jongeren die momenteel alcohol drinken, zijn er 27,5% regelmatige rokers (Patesson e.a., 2003a). Bij de jongeren die op dit moment geen alcohol drinken zijn er 10,7% regelmatige rokers. Hoe frequenter alcohol wordt gedronken, hoe frequenter ook het tabaksgebruik. Verder experimenteerden 40,3% van de jongeren die alcohol drinken reeds met cannabis.

Er zijn meer rokers dan niet rokers die ooit cannabis, XTC, LSD of speed en hallucinogene paddestoelen gebruikten (Patesson e.a., 2003b). 72% van de jongeren die al XTC gebruikt hebben, rookt tabak. De jongeren die op dit moment XTC gebruiken roken allemaal en van degenen die momenteel cannabis gebruiken roken de meesten. Er is een sterk verband tussen het gebruik van cannabis en tabak. 27,4% van de regelmatige rokers gebruikt op dit moment cannabis. Twee derde (67,1%) van de cannabisgebruikers rookt regelmatig.
Ook tussen het gebruik van verschillende illegale producten vindt deze studie een verband. 76% van degenen die al ooit XTC namen, gebruiken cannabis. Het gebruik van XTC bij de 17-18-jarigen is gecorreleerd met het gebruik van oplosmiddelen, amfetamines, LSD of speed, hallucinogene paddestoelen en cocaïne en crack. Van de jongeren die deze middelen hebben gebruikt is er telkens een groot deel dat ook al XTC heeft gebruikt.

Als in het Partywise-onderzoek aan de respondenten gevraagd wordt om zelf in het oog springende trends aan te geven, wordt combigebruik[57] vaak vermeld (Van Havere e.a., 2004). Bovendien bleek bijna de helft van de laatstejaarsgebruikers regelmatig alcohol met andere illegale drugs te combineren. 1 op 4 gebruikt regelmatig illegale drugs met andere illegale drugs. Op de vraag welke middelen ze dan combineren, zien we voornamelijk alcohol, cannabis en XTC.

In het onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers werd aan de respondenten die een bepaald product gebruikten gevraagd hoe dikwijls ze dat gebruikten in combinatie met cannabis (Decorte e.a., 2003). 81,5% van de respondenten combineert tabak vaak of altijd met cannabis (tabel 40). 37,9% heeft een favoriete combinatie van cannabis met een ander product, uitgezonderd tabak. Voor 19,8% is dat alcohol en cannabis en 7,3% vindt cannabis met XTC de beste combinatie.

**Tabel 40**
***Frequentie van gecombineerd gebruik van cannabis met andere middelen***

| | altijd | vaak | regelmatig | zelden | nooit |
|---|---|---|---|---|---|
| alcohol | 8,7 | 26,8 | 35,0 | 27,6 | 1,9 |
| tabak | 56,7 | 24,8 | 10,5 | 6,0 | 2,0 |
| rustgevende middelen | 6,9 | 7,9 | 9,9 | 27,7 | 47,5 |
| slaapmiddelen | 6,5 | 6,5 | 7,6 | 28,3 | 51,1 |
| XTC | 39,9 | 17,5 | 10,9 | 18,0 | 13,7 |
| vluchtige stoffen | 7,2 | 7,2 | 7,2 | 20,3 | 58,0 |
| opiaten | 31,0 | 13,8 | 10,3 | 15,5 | 29,3 |
| hallucinogenen | 40,4 | 13,0 | 11,4 | 20,2 | 15,0 |
| amfetamines | 37,2 | 18,9 | 10,8 | 22,3 | 10,8 |
| cocaïne | 36,4 | 17,1 | 16,3 | 14,7 | 15,5 |
| crack | 41,4 | 10,3 | 10,3 | 13,8 | 24,1 |

Bron: Decorte e.a., 2003

[57] Combigebruik is het gebruik van meerdere middelen tijdens één moment. Dit moment kan een nacht zijn, een avond, ...

Meer dan de helft van de respondenten die XTC, hallucinogenen, amfetamines, cocaïne of crack gebruikt, combineert deze middelen altijd of vaak met cannabis (tabel 40). 44,8% van de respondenten die opiaten gebruiken doen dit vaak of altijd in combinatie met cannabis. Een derde van de ervaren cannabisgebruikers die alcohol drinken doen dit vaak of altijd in combinatie met cannabis. Rustgevende middelen, slaapmiddelen en vluchtige stoffen worden eerder zelden in combinatie met cannabis gebruikt.

## 3.5 Spelen voor geld

Over gokken is er niet zoveel cijfermateriaal of onderzoek voorhanden. De huishoudbudgetenquête van het NIS gaat na hoeveel gezinnen besteden aan loterijen en spelen (NIS, 2004a). Spelen voor geld is altijd een topic geweest in de VAD-leerlingenbevraging (Kinable, 2004). Ten slotte kunnen we voor 2004 ook terugvallen op een onderzoek van de Rodin Stichting bij (problematische) gokkers (Minet e.a., 2004).

### 3.5.1 Gokken in de bevolking

In het huishoudbudgetonderzoek van het NIS wordt nagegaan hoeveel geld mensen uitgeven aan spelen en weddenschappen (NIS, 2004a). De grootste hap uit het budget gaat naar loterijen en lotto: in 2001 gaven de Belgische huishoudens daar gemiddeld 89,9 EUR aan uit (tabel 41). Gezinnen uit het Vlaams Gewest besteden het meest aan spelen en weddenschappen.

**Tabel 41**
***Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan spelen en weddenschappen per huishouden per jaar (2001)***

| | België | Brussels Hoofdstedelijk Gewest | Vlaams Gewest | Waals Gewest |
|---|---|---|---|---|
| automatische spelen | 0,5 | 0 | 0,4 | 1,0 |
| pronostieken | 0,3 | 0 | 0,6 | 0 |
| loterijen, lotto | 89,9 | 67,4 | 93,3 | 91,4 |
| andere spelen en weddenschappen met winstkansen | 15,3 | 23,3 | 17,9 | 8,0 |
| **totaal** | **106,0** | **90,7** | **112,2** | **100,4** |

Bron: NIS, 2004a

Nog volgens de huishoudbudgetenquête die de uitgaven ook per leeftijdsgroep bekijkt, blijkt dat vooral ouderen geld spenderen aan spelen en weddenschappen: de 50-59-jarigen gaven er in 2001 het meest aan uit, namelijk gemiddeld 138 EUR (NIS, 2004a) (tabel 42).
Gezinnen waarvan de referentiepersoon arbeider is geven het meest uit aan spelen en weddenschappen, gevolgd door de bedienden.

**Tabel 42**
***Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan spelen en weddenschappen per huishouden per jaar naar leeftijd van de referentiepersoon, België (2001)***

| | 20-29 jaar | 30-39 jaar | 40-49 jaar | 50-59 jaar | 60 jaar |
|---|---|---|---|---|---|
| automatische spelen | 0 | 1,2 | 0,9 | 0,1 | 0,2 |
| pronostieken | 0 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,1 |
| loterijen, lotto | 36,2 | 86,3 | 106,8 | 125,4 | 66,2 |
| andere spelen en weddenschappen met winstkansen | 2,2 | 12,6 | 13,1 | 12,1 | 22,5 |
| **totaal** | **38,4** | **100,6** | **121,3** | **138,1** | **89,0** |

Bron: NIS, 2004a

Behalve vragen over druggebruik werd er in de leerlingenbevraging van VAD ook een vraag gesteld over spelen voor geld (Kinable, 2004).
Ruim een kwart van de leerlingen (24,0%) heeft ooit al voor geld gewed, 17,5% heeft ooit al met de Lotto gespeeld, 7,9% heeft ooit al op gokautomaten gespeeld en 8,0% heeft al voor geld gekaart[58] (tabel 43). De gokvorm die de leerlingen het vaakst beoefenen is spelen met de Lotto: 3,3% van de leerlingen doet dit regelmatig (minstens 1 maal per week).

**Tabel 43**
***Frequentie van gokken (2003-2004)***

| | nooit | | occasioneel | | regelmatig | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % |
| gokautomaten | 1.351 | 91,0 | 117 | 6,8 | 16 | 1,1 |
| kaarten voor geld | 1.346 | 91,0 | 116 | 6,9 | 17 | 1,1 |
| Lotto | 1.156 | 78,4 | 271 | 14,2 | 48 | 3,3 |
| wedden voor geld | 1.078 | 72,9 | 385 | 22,9 | 16 | 1,1 |

Bron: Kinable, 2004

Het gokgedrag is in de drie leeftijdsgroepen ongeveer hetzelfde. Regelmatig gokken komt meer voor bij jongeren in het BSO en het TSO dan in het ASO (Kinable, 2004). Gokken is meer een jongens- dan een meisjeszaak: 51,3% van de jongens heeft ooit al gegokt, tegenover 36,0% van de meisjes. Zowel het occasioneel als het regelmatig gokken ligt hoger bij de jongens.

[58] Het percentage ooit spelen voor geld bestaat uit de som van de percentages occasioneel en regelmatig spelen voor geld.

### 3.5.2 Problematisch gokken

In 2004 onderzochten Minet e.a. de gokgewoonten van gokkers en de gevolgen ervan. Op basis van de 'South Oaks Gambling Screen' (SOGS) bleek dat 14,0% (n=95) van de respondenten in dit onderzoek voldeed aan de kenmerken van problematisch gokken (5 of meer positieve antwoorden). 42,3% (n=287) vertoont enkele gokproblemen en worden verder risicogokkers genoemd (1-4 positieve antwoorden). 43,7% (n= 296) heeft geen gokproblemen (0 positieve antwoorden). Dit zijn de niet-problematische gokkers.
Onder de probleemgokkers ziet deze studie een significante meerderheid mannen, ongehuwden, werklozen en personen tussen 26 en 45 jaar. De gemiddelde leeftijd van de probleemgokkers ligt lager dan de gemiddelde leeftijd van risicogokkers en niet-problematische gokkers. Sociale factoren die het risico op problematisch gokken verhogen zijn ouders met gokproblemen en gescheiden ouders.
Probleemgokkers beginnen vroeger te gokken dan andere gokkers. Gemiddeld starten zij op 20,4 jaar terwijl de risicogokkers starten op 24,1 jaar en de niet-problematische gokkers op 25,5 jaar[59].
Probleemgokkers geven het meest geld uit aan gokken. Gemiddeld gaat het om 928 EUR.

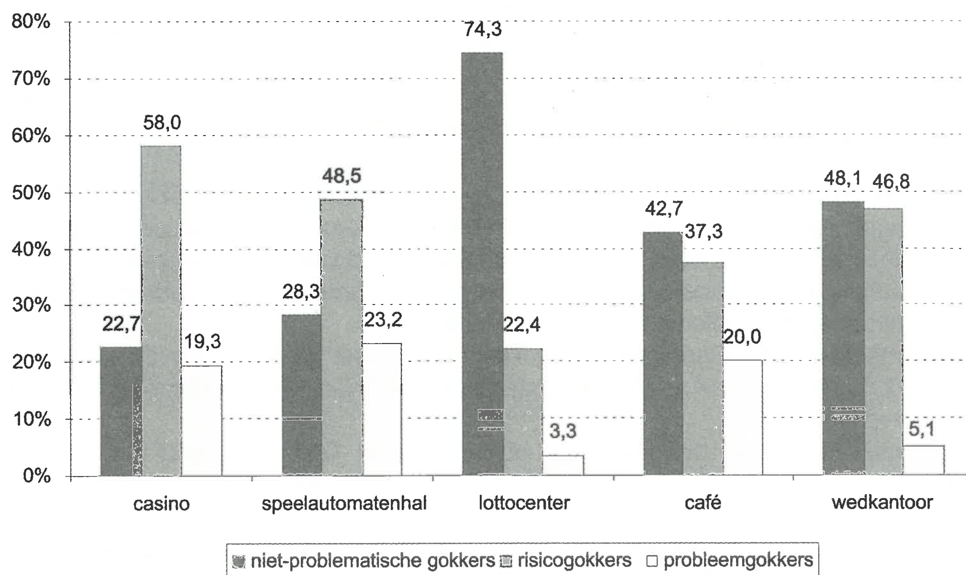
Slechts 44,2% van de problematisch gokkers vindt zichzelf een zware gokker (Minet e.a., 2004). Meer dan de helft van de problematische gokkers liegt wel eens over het gokgedrag of heeft al problemen gehad met de partner omdat men gokt. Meer dan een derde heeft al eens noodzakelijke aankopen van het gezin overgeslagen om met dat geld te kunnen gokken.

Naast gokken stellen de probleemgokkers meer dan de andere twee groepen gokkers ander risicovol gedrag tijdens het afgelopen jaar, zoals autorijden zonder gordel, rijden wanneer men alcohol gedronken heeft, boetes niet betalen,... (Minet e.a., 2004). Ook de risicogokkers stelden significant meer ander risicogedrag dan de niet-problematische gokkers.

Bekijken we het percentage probleemgokkers per gokinrichting dan blijkt dat speelautomatenhallen het slechtst scoorden met 23,2% probleemgokkers gevolgd door cafés (20% probleemgokkers) en casino's (19,3% probleemgokkers) (Minet e.a., 2004) (grafiek 31). De laagste percentages probleemgokkers worden gevonden bij de wedkantoren (5,1%) en de lottocenters (3,3%).

59 Het verschil tussen de gemiddelde beginleeftijd van de risicogokkers en de niet-problematische gokkers is niet significant.

**Grafiek 31**
***Percentage probleemgokkers, risicogokkers en niet-problematische gokkers in 5 gok-inrichtingen (2004)***

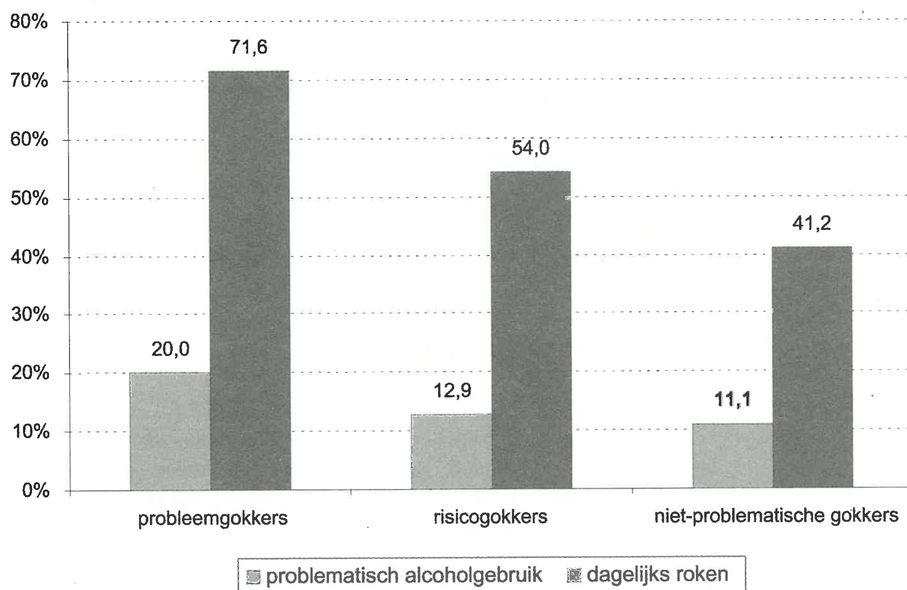



Bron: Minet e.a., 2004

Dit onderzoek ging tevens na in hoeverre de respondenten af te rekenen hadden met angstklachten, somatische klachten, depressie of slaapproblemen (Minet e.a., 2004). Probleemgokkers rapporteerden meer psychiatrische klachten dan risicogokkers of niet-problematische gokkers. Ze scoorden significant hoger voor alle klachten. Risicogokkers rapporteerden meer angst of slaapproblemen dan niet-problematische gokkers. 14,7% van de problematische gokkers zegt ooit al eens een zelfmoordpoging ondernomen te hebben, tegenover 5,6% van de risicogokkers en 1,7% van de niet-problematische gokkers.

Om na te gaan of gokkers ook te maken hebben met alcoholproblemen werd de CAGE-vragenlijst gebruikt (Minet e.a., 2004). 20,0% van de probleemgokkers heeft ook alcoholproblemen (grafiek 32). Probleemgokkers met een alcoholprobleem hadden meer kans om ooit al eens in hun leven een zelfmoordpoging ondernomen te hebben (31,6% tegenover 10,5% van de probleemgokkers zonder alcoholprobleem). Tussen roken en probleemgokken is er een sterk verband. 71,6% van de probleemgokkers rookt dagelijks. Alcoholmisbruik komt vaker voor bij de rokende probleemgokkers (25,0%) dan bij de niet-rokende probleemgokkers (7,4%) al is het verschil niet significant. Ten slotte ziet men onder de probleemgokkers meer personen die zeggen dat ze momenteel cannabis gebruiken (18,9%) dan onder de niet-problematische gokkers (6,9%).

**Grafiek 32**
***Percentage problematisch alcoholgebruik en dagelijks roken per groep gokkers (2004)***




Bron: Minet e.a., 2004

## 3.6 Middelengebruik in het uitgaansleven

Huybregts en Vettenburg (2002) onderzochten de mogelijkheden van een fuivenbeleid en hielden daarvoor ook een enquête bij schoolgaande jongeren tussen 13 en 25 jaar. Daarin werd ondermeer gepolst naar het middelengebruik op fuiven. 3 jongeren op 10 drinken altijd alcohol op een fuif. Een kwart (25,4%) doet het vaak en 20,6% af en toe. Bijna een kwart zegt zelden of nooit alcohol te drinken op een fuif. Ongeveer de helft drinkt gemiddeld 1 tot 5 glazen alcohol op een fuif. Een kwart drinkt gemiddeld 6 tot 10 glazen alcohol.
Bijna 1 op 5 jongeren geeft toe wel eens drugs te gebruiken op een fuif. 2,9% doet dit regelmatig en 1,2% altijd. Voor de meesten die drugs gebruiken op een fuif gaat het om cannabisgebruik. Het betreft dan net geen 15% van de totale groep fuivers. Ongeveer 4% van de totale groep fuivers gebruikt zowel cannabis als één of meerdere andere middelen. 0,3% van de totale groep fuivers gebruikt XTC, cocaïne of speed op een fuif. 0,1% gebruikt meerdere illegale middelen: het gaat dan vooral om XTC en speed.

In het Partywise-onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven werd tijdens de zomer van 2003 het middelengebruik van 645 partygangers bekeken (Van Havere e.a., 2004). Alcohol blijkt de meest gebruikte uitgaansdrug te zijn. Bijna 7 op 10 respondenten gebruikten in het laatste jaar minstens 1 maal per week alcohol (tabel 44). In tegenstelling tot illegale drugs kent alcohol bijna geen respondenten die aange-

ven dat ze ooit alcohol dronken, maar dit niet meer deden in het laatste jaar. Er zijn dus weinig stoppers.

Iets meer dan de helft van de respondenten gebruikte in het laatste jaar een illegale drug, voornamelijk cannabis. 1 op 5 gebruikte dagelijks cannabis. Het dagelijks gebruik van cannabis is bijna dubbel zo hoog als het dagelijks gebruik van alcohol. Beide middelen zijn meteen de meest populaire uitgaansdrugs. In tegenstelling tot andere illegale drugs worden ze niet alleen door meer mensen gebruikt, maar ook regelmatiger (dit wil zeggen wekelijks tot dagelijks).

1 op 5 heeft in het laatste jaar XTC gebruikt, 1 op 9 cocaïne en 1 op 10 speed. Deze drie middelen worden voornamelijk af en toe (dit wil zeggen enkele keren per maand tot 1 keer per maand of minder) gebruikt.

Een beperkt aantal vermeldt het gebruik van GHB, Ketamine of Viagra®.

**Tabel 44**
***Frequentie van middelengebruik van partygangers***

| | nooit gebruikt | ooit, maar niet het laatste jaar | 1 x per maand of minder | meerdere malen per maand | 1 x per week | meerdere malen per week | dagelijks |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **alcohol** | 3,6% | 2,4% | 9,2% | 16,9% | 17,7% | 39,5% | 10,7% |
| **energy drinks** | 26,2% | 13,8% | 24,8% | 17,6% | 8,6% | 7,5% | 1,6% |
| **cannabis** | 33,2% | 18,4% | 10,7% | 6,3% | 4,1% | 7,4% | 20,0% |
| **XTC** | 69,1% | 12,1% | 11,0% | 3,9% | 2,4% | 1,1% | 0,5% |
| **cocaïne** | 76,8% | 11,7% | 7,0% | 2,3% | 0,8% | 0,6% | 0,6% |
| **speed** | 78,9% | 11,4% | 5,5% | 2,3% | 0,3% | 0,8% | 0,8% |
| **smartdrugs** | 78,9% | 11,6% | 5,5% | 2,2% | 1,4% | 0,2% | 0,3% |
| **psilo's/paddo's** | 73,9% | 16,8% | 7,5% | 0,9% | 0,5% | 0,2% | 0,2% |
| **kalmeringsmiddelen** | 82,8% | 10,6% | 4,2% | 1,1% | 0,3% | 0,5% | 0,5% |
| **opwekkende med.** | 83,9% | 9,9% | 3,4% | 0,9% | 0,3% | 0,6% | 0,9% |
| **poppers** | 79,2% | 17,2% | 2,7% | 0,5% | 0,3% | 0% | 0,2% |
| **viagra®** | 97,0% | 0,6% | 0,3% | 0,3% | 0% | 0,2% | 1,6% |
| **LSD** | 88,7% | 9,2% | 1,4% | 0,5% | 0% | 0% | 0,2% |
| **GHB** | 93,6% | 4,5% | 1,1% | 0,5% | 0% | 0,2% | 0,2% |
| **heroïne** | 95,9% | 2,7% | 0,5% | 0,2% | 0,2% | 0,3% | 0,3% |
| **ketamine** | 96,6% | 2,5% | 0,6% | 0,2% | 0% | 0% | 0,2% |

Bron: Van Havere e.a., 2004

Van de respondenten die in het laatste jaar illegale drugs gebruikt hebben, blijkt dat ze hun drugs voornamelijk tijdens het uitgaan en in groep gebruiken. Speed en XTC worden duidelijk minder gebruikt na het uitgaan.

Cocaïne, XTC, speed, psilo's of paddo's, smart drugs en cannabis worden meer gebruikt naarmate de respondenten ouder worden. Verder blijkt dat hoe ouder men is, hoe meer men combineert. Dit verband is sterker bij het combineren van illegale drugs met andere illegale drugs dan bij het combineren van illegale drugs met alcohol.

Mannen komen tweemaal zoveel voor dan vrouwen in de groep van laatstejaarsgebruikers van illegale drugs.

Respondenten die frequent naar discotheken gaan gebruiken vaker XTC, cocaïne, smart drugs, energy drinks, cannabis, psilo's of paddo's en speed. Bovendien combineren zij vaker verschillende illegale drugs. Hetzelfde geldt voor dancemuziekliefhebbers: hoe liever men dancemuziek hoort, hoe vaker deze middelen gebruikt worden en hoe vaker men combigebruik vertoont.
Rockliefhebbers zullen dan weer minder frequent XTC gebruiken.
Discotheekgangers komen dubbel zoveel voor in de groep van laatstejaarsgebruikers van illegale drugs; danceliefhebbers 3,5 keer zoveel.
Zij die vaak op café gaan gebruiken frequenter alcohol. Fuifgangers gebruiken beduidend minder vaak cocaïne, XTC en speed dan de bezoekers van andere settings. De typische 'uitgaansdrugs' komen dus minder voor in deze setting. Concertgangers drinken frequenter alcohol.

# DEEL 2
# GEVOLGEN VAN MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

## Hoofdstuk 1. Gezondheidsproblemen als gevolg van middelengebruik[60]

Overmatig druggebruik kan lichamelijke en psychische problemen veroorzaken. Levercirrose treedt bijvoorbeeld op als gevolg van overmatig alcoholgebruik, (injecterende) druggebruikers zijn dan weer gevoeliger voor HIV-besmetting of hepatitis en ieder jaar sterven er mannen en vrouwen aan medicatievergiftiging. Naast de mortaliteit die een rechtsreeks gevolg is van middelenmisbruik, kan middelengebruik ook een rol spelen bij bijvoorbeeld zelfmoord of verkeersongevallen. Alcohol- en druggebruik in het verkeer kan bovendien nefaste lichamelijke gevolgen hebben voor derden die zelf niet gebruiken.

### 1.1 Aan alcohol gerelateerde mortaliteit en morbiditeit

Overmatig alcoholgebruik houdt risico's in voor de lichamelijke gezondheid (Schrooten, 2004). Veel hangt af van de hoeveelheid alcohol die men drinkt, de frequentie van het drinken en de leeftijd en de sekse van de persoon. Vooral de lever en het zenuwstelsel zijn zeer gevoelig voor schade door alcoholgebruik. De drie belangrijkste leveraandoeningen door excessief alcoholgebruik zijn vetlever, hepatitis en levercirrose. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen meer risico lopen op alcoholgerelateerde leveraandoeningen dan mannen. Vooral dagelijks overmatig drinken vergroot de kans op levercirrose. Op lange termijn uit de inwerking van alcohol op het zenuwstelsel zich in verschillende ziektebeelden. De drie belangrijkste neurologische stoornissen ten gevolge van problematisch alcoholgebruik zijn perifere zenuwaandoeningen, het Wernicke-Korsakow syndroom en delirium tremens. Neurologische aandoeningen komen driemaal vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.
Ook maagslijmvlies- en alvleesklierontsteking komen bij chronische drinkers frequent voor (Schrooten, 2004). De invloed van alcohol op hart en bloedvaten speelt zich af op verschillende vlakken. Ten eerste is er de invloed op de bloeddruk. Daarnaast zijn er de effecten op cerebrovasculaire aandoeningen (herseninfarct of beroerte) en coronaire hartziekten. Ten slotte kennen we de invloed van alcohol op de hartspier, hartritmestoornissen en cardiomyopatie. Intensief alcoholgebruik wordt geassocieerd met een verhoogd risico voor kanker aan de mondholte en de lever. Zwangere vrouwen die gedurende een lange periode erg veel alcohol drinken hebben kans een kind met het foetaal alcohol syndroom (FAS) te krijgen (Schrooten, 2004). Alcohol drinken tijdens

[60] In bijlage 1 wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.

de zwangerschap vergroot de kans op een spontane abortus, een doodgeboren kind en vroeggeboorte (Stichting alcoholpreventie, 2005).
Naast negatieve lichamelijke gevolgen voor de alcoholdrinker zelf, kan het gebruik van alcohol in het verkeer ook nefast zijn voor anderen (Schrooten, 2004).

### 1.1.1 Morbiditeit

Pacolet e.a. (2003) berekenden dat het jaarlijks aantal netto-opnames in ziekenhuizen dat veroorzaakt wordt door alcoholconsumptie 19.085 bedraagt. De diagnoses die het grootste aantal alcoholveroorzaakte opnames uitmaken, zijn alcoholverslavingssyndroom (10.902), alcoholische levercirrose (2.808), epilepsie (2.599) en alcoholmisbruik (2.511). Matige alcoholconsumptie kan ook een beschermende werking hebben op de gezondheid, waardoor sommige ziektes (vooral hart- en vaatziekten) vermeden worden.
De aandoeningen waarvan het grootse voordeel in termen van vermeden opnames in ziekenhuizen kan worden vastgesteld, zijn ischemisch hartlijden (6.839), cerebrovasculaire aandoeningen (6.153) en galstenen (1.738). Uiteindelijk blijken er jaarlijks 357.954 verpleegdagen door alcoholgebruik veroorzaakt te worden en 172.787 dagen door alcoholconsumptie te worden vermeden. In de psychiatrische ziekenhuizen blijkt bijna 25% van de behandelde populatie alcoholgerelateerd te zijn.

### 1.1.2 Verkeersongevallen

In 2001 gebeurden er 47.444 ongevallen waarbij ook doden en gewonden vielen. Het aantal ongevallen waarbij minstens één bestuurder klaarblijkelijk dronken[61] is, is in 2001 licht afgenomen in vergelijking met 2000[3] (tabel 45). In 2001 waren er in totaal 2.993 zulke ongevallen, dat zijn er 324 minder dan in 2000 (-9,8%). De meeste van deze ongevallen veroorzaakten licht gewonde slachtoffers. We benadrukken wel dat het aantal ongevallen met doden en dodelijk gewonden tegenover 2000 is gestegen (respectievelijk + 16 en + 5).
Het aantal slachtoffers daalt ook in 2001 verder. In 2001 waren er 551 minder slachtoffers dan in 2000. Er waren in 2001 evenwel meer doden en dodelijk gewonden in ongevallen met minstens één dronken bestuurder. Het aantal zware en lichtgewonde slachtoffers uit deze ongevallen nam af.

---

[61] Klaarblijkelijk dronken is één van de categorieën op het ongevallenformulier.

[62] We baseren ons hier op de statistieken van de verkeersongevallen die jaarlijks worden gebundeld door het NIS. Het gaat om verkeersongevallen op de openbare weg waarbij de betrokkenen een lichamelijk letsel opliepen en die zijn vastgesteld door politie of rijkswacht. Ongevallen op privaat terrein en ongevallen met enkel materiële schade zijn niet in de cijfers opgenomen.

**Tabel 45**
***Ongevallen met minstens één bestuurder in duidelijke staat van dronkenschap***[63]

| jaar | aantal ongevallen | | | | | aantal slachtoffers | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | met doden | met dodel. gew. | met zwaar gew. | met licht gew. | totaal | doden | dodel. gew. | zwaar gew. | licht gew. | totaal |
| 1991 | 95 | 9 | 956 | 2.290 | **3.350** | 103 | 9 | 1.260 | 3.691 | **5.063** |
| 1992 | 74 | 8 | 889 | 2.181 | **3.152** | 78 | 8 | 1.157 | 3.517 | **4.760** |
| 1993 | 75 | 9 | 893 | 2.166 | **3.143** | 79 | 9 | 1.149 | 3.455 | **4.692** |
| 1994 | 90 | 6 | 839 | 2.262 | **3.197** | 97 | 6 | 1.154 | 3.646 | **4.903** |
| 1995 | 73 | 10 | 760 | 2.689 | **3.532** | 84 | 10 | 968 | 4.230 | **5.292** |
| 1996 | 69 | 6 | 755 | 2.396 | **3.226** | 77 | 6 | 949 | 3.699 | **4.731** |
| 1997 | 57 | 5 | 734 | 2.460 | **3.256** | 62 | 5 | 932 | 3.780 | **4.779** |
| 1998 | 82 | 13 | 715 | 2.715 | **3.525** | 99 | 13 | 934 | 4.165 | **5.211** |
| 1999 | 72 | 11 | 646 | 2.574 | **3.303** | 77 | 12 | 834 | 4.004 | **4.927** |
| 2000 | 60 | 6 | 693 | 2.558 | **3.317** | 63 | 6 | 865 | 3.956 | **4.890** |
| 2001 | 76 | 11 | 548 | 2.358 | **2.993** | 82 | 11 | 690 | 3.556 | **4.339** |

Bron: NIS, 2003a

Toch valt op dat de meeste ongevallen met doden of gewonden niet gerelateerd zijn aan dronkenschap, drug- of medicatiegebruik (tabel 46). In 91,3% (43.307) van de ongevallen zijn de bestuurders in een normale toestand. In 2001 werd voor 51 ongevallen bij één van de bestuurders een combinatie van dronkenschap en het gebruik van medicatie of drugs vastgesteld. Voor 94 ongevallen was minstens één bestuurder dronken en daarbij ziek of vermoeid. Bij 150 ongevallen vond men één van de personen onder invloed van medicatie of drugs.

[63] We geven hier enkel de ongevallen weer waarbij één van de bestuurders in duidelijke staat van dronkenschap is. De cijfers over ongevallen waarbij één van de bestuurders dronken is én onder invloed is van geneesmiddelen of drugs worden hier niet weergegeven. Deze cijfers zijn dus een onderschatting van het reële aantal ongevallen die alcoholgerelateerd zijn. De cijfers van 1991-2000 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2001 (De Donder, 2002, p. 44).

**Tabel 46**
***Aantal ongevallen volgens de staat van de weggebruikers (2001)***

| toestand van minstens één van de bestuurders | aantal ongevallen met doden | dodelijk gewonden | zwaar gewonden | licht gewonden | totaal |
|---|---|---|---|---|---|
| normaal | 357 | 20 | 1.002 | 4.007 | **5.386** |
| klaarblijkelijke dronkenschap | 76 | 11 | 548 | 2.358 | **2.993** |
| onder invloed van geneesmiddelen of drugs | 9 | - | 37 | 104 | **150** |
| ziek, vermoeid | 43 | 2 | 184 | 480 | **709** |
| dronkenschap & onder invloed van genees-middelen of drugs | - | - | 10 | 41 | **51** |
| dronkenschap & ziek, vermoeid | 1 | - | 18 | 75 | **94** |
| ziek, vermoeid & geneesmiddelen | - | - | 5 | 8 | **13** |
| andere of onbekend | 688 | 29 | 1.161 | 3.836 | **5.714** |
| alle weggebruikers zijn in normale toestand | 494 | 49 | 5.401 | 31.977 | **37.921** |
| **totaal** | **1.288** | **90** | **7.319** | **38.747** | **47.444**[64] |

Bron: NIS, 2003a

Niet bij alle ongevallen met slachtoffers leggen de politiediensten een alcoholtest op. In de meeste gevallen wordt zelfs geen alcoholtest (79%) afgenomen (tabel 47). Van de bestuurders die wel getest worden op hun alcoholgehalte, zijn de meesten negatief (80,2% van de uitgevoerde alcoholtesten).

**Tabel 47**
***Aantal bestuurders en voetgangers die slachtoffer zijn van verkeersongevallen volgens de alcoholtest (2001)***

| alcoholtest | doden | dodelijk gewonden | zwaar gewonden | licht gewonden | totaal |
|---|---|---|---|---|---|
| niet uitgevoerd | 1.100 | 76 | 5.980 | 32.990 | **40.146** |
| geweigerd door bestuurder | 2 | - | 22 | 117 | **141** |
| positief | 8 | 1 | 305 | 1.745 | **2.059** |
| negatief | 25 | - | 843 | 7.470 | **8.338** |
| **totaal** | **1.135** | **77** | **7.150** | **42.322** | **50.684** |

Bron: NIS, 2003a

[64] Het totaal aantal ongevallen met doden en gewonden (47.444) is kleiner dan de som van bovenstaande categorieën (53.031) omdat de politiediensten op het ongevallenformulier meer dan één code kunnen toekennen aan één ongeval.

Het Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid (BIVV) combineert de twee soorten gegevens die op het ongevallenformulier worden geregistreerd, namelijk zowel de resultaten van de alcoholtest als de gegevens over de toestand van de bestuurder. In die zin zijn de cijfers niet volledig te vergelijken met deze van het NIS in tabellen 45 en 46. Het totaal aantal ongevallen is in 2001 verder afgenomen tegenover 1999. Waar er in 1999 bij 8,1% van de ongevallen sprake is van alcoholgebruik, geldt dat in 2001 voor 8,4% van de ongevallen (tabel 48). Bij ongevallen met doden of gewonden is in 2001 in 10,0% van de gevallen één van de bestuurders onder invloed van alcohol.

**Tabel 48**
***Ongevallen met alcoholgebruik***

| jaar | alle ongevallen | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | zonder alcoholgebruik | | met alcoholgebruik | | totaal |
| | N | % | N | % | N |
| **1999** | 47.410 | 91,9 | 4.191 | 8,1 | 51.601 |
| **2000** | 44.897 | 91,5 | 4.168 | 8,5 | 49.065 |
| **2001** | 43.442 | 91,6 | 4.002 | 8,4 | 47.444 |
| **jaar** | **ongevallen met doden of ernstig gewonden** | | | | |
| | zonder alcoholgebruik | | met alcoholgebruik | | totaal |
| | N | % | N | % | N |
| **1999** | 8.795 | 90,1 | 965 | 9,9 | 9.760 |
| **2000** | 8.397 | 89,8 | 949 | 10,2 | 9.346 |
| **2001** | 7.827 | 90,0 | 870 | 10,0 | 8.697 |

Bron: BIVV, 2004a

7,7% (723) van de bestuurders die in 2001 betrokken waren in een ongeval met doden of ernstig gewonden is onder invloed van alcohol (tabel 49). In de leeftijdsklassen 25 tot 29 jaar en 30 tot 39 jaar zijn in verhouding tot het aantal bestuurders de meeste bestuurders onder invloed te vinden. Van de jonge bestuurders (jonger dan 25 jaar) die bij een ongeval met doden of ernstig gewonden zijn betrokken, is 7,7% onder invloed van alcohol.

Tabel 49

***Bestuurders van personenauto's, onder invloed van alcohol, betrokken bij verkeersongevallen met minstens één dode of ernstig gewonde weggebruiker, naar leeftijd (2001)***

| leeftijd | aantal betrokken bestuurders | aantal betrokken bestuurders onder invloed van alcohol | |
|---|---|---|---|
| | N | N | % |
| 18-24 jaar | 2.031 | 156 | 7,7 |
| 25-29 jaar | 1.239 | 132 | 10,7 |
| 30-39 jaar | 2.169 | 196 | 9,0 |
| 40-49 jaar | 1.551 | 137 | 8,8 |
| 50-59 jaar | 955 | 54 | 5,7 |
| 60-69 jaar | 581 | 25 | 4,3 |
| 70+ jaar | 543 | 12 | 2,2 |
| **totaal** | **9.391** | **723** | **7,7** |

Bron: BIVV, 2004a

## 1.1.3 Alcoholgerelateerde overlijdens

Het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap geeft in de gezondheidsindicatoren jaarlijks een overzicht van de sterften in Vlaanderen (Cloots e.a., 2004).
De voornaamste doodsoorzaken zijn zowel bij vrouwen als bij mannen kankers en hart- en vaatziekten (tabel 50). Het percentage slachtoffers van chronisch leverlijden of levercirrose neemt toe tot de leeftijd van 64 jaar, maar vormt in vergelijking met andere aandoeningen geen belangrijke doodsoorzaak. De leeftijdscategorieën van 25 tot 44 jaar en van 45 tot 64 jaar zijn voor levercirrose het meest kritiek. 3% van de overlijdens van vrouwen in deze leeftijdscategorieën is te wijten aan chronisch leverlijden of -levercirrose. Bij de mannen komt chronisch leverlijden of -levercirrose het vaakst voor als doodsoorzaak in de leeftijdscategorie 45 tot 64 jaar (4%).
Deze cijfers zijn echter te weinig gedetailleerd om iets te zeggen over de alcoholgerelateerde overlijdens.

## Tabel 50

***Het proportioneel sterftecijfer[65] voor mannen (M) en vrouwen (V) van het Vlaams Gewest (2001-2002)***

| | 1-14 jaar | | 15-24 jaar | | 25-44 jaar | | 45-64 jaar | | 65-74 jaar | | 75 jaar en + | | totaal | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **aantal overlijdens (in abs. aantallen)** | | | | | | | | | | | | | | |
| mannen: | 171 | | 631 | | 2.258 | | 9.686 | | 13.952 | | 30.337 | | 57.035 | |
| vrouwen: | 159 | | 228 | | 1.164 | | 5.301 | | 8.008 | | 41.092 | | 55.952 | |
| **soort aandoening (%)** | **M** | **V** | **M** | **V** | **M** | **V** | **M** | **V** | **M** | **V** | **M** | **V** | **M** | **V** |
| **alle nieuwvormingen:** | **20** | **19** | **7** | **11** | **14** | **36** | **43** | **55** | **42** | **40** | **25** | **16** | **32** | **23** |
| colorectale kanker | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| longkanker | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 16 | 7 | 16 | 5 | 7 | 1 | 11 | 2 |
| prostaatkanker | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 | 3 | 0 |
| leukemie | 6 | 6 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| borstkanker | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 | 17 | 0 | 9 | 0 | 2 | 0 | 5 |
| baarmoeder(hals)kanker | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| **alle hart- en vaatziekten:** | **4** | **3** | **3** | **7** | **14** | **13** | **26** | **18** | **32** | **32** | **39** | **46** | **34** | **41** |
| hypertensie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| ischemische hartziekten | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 3 | 14 | 7 | 15 | 12 | 14 | 12 | 14 | 12 |
| hartinsufficiëntie | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 6 | 10 | 4 | 8 |
| cerebrovasculaire aand. | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 5 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 | 12 | 7 | 11 |
| atherosclerose | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| **alle long-aandoeningen:** | **1** | **4** | **1** | **1** | **2** | **2** | **5** | **5** | **11** | **8** | **17** | **12** | **13** | **11** |
| pneunomie/influenza | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 6 | 6 | 4 | 5 |
| COPD[66] | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 3 | 7 | 4 | 8 | 3 | 6 | 3 |
| **diabetes** | **0** | **1** | **0** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** | **2** |
| **dementie** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **1** | **1** | **3** | **5** | **2** | **4** |
| **chronisch lever-lijden - cirrose** | **0** | **0** | **0** | **0** | **2** | **3** | **4** | **3** | **1** | **1** | **0** | **0** | **1** | **1** |
| **slecht gedefinieerde condities** | **1** | **1** | **0** | **0** | **1** | **1** | **2** | **1** | **1** | **1** | **2** | **3** | **1** | **3** |
| **alle uitwendige doodsoorzaken:** | **43** | **45** | **79** | **63** | **55** | **31** | **11** | **8** | **3** | **4** | **3** | **2** | **7** | **4** |
| verkeersongevallen | 16 | 24 | 51 | 39 | 18 | 10 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| zelfmoord | 3 | 2 | 20 | 16 | 27 | 15 | 6 | 4 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 |
| ongevallen in privésfeer | 16 | 18 | 4 | 4 | 5 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| **andere oorzaken** | **32** | **28** | **10** | **17** | **10** | **13** | **8** | **8** | **8** | **11** | **10** | **13** | **9** | **13** |

Bron: Cloots e.a., 2004

---

[65] Verhouding van het aantal sterftes door een specifieke oorzaak op het totaal aantal sterftes. Om het overwicht van de overlijdens op oudere leeftijd weg te werken, wordt hier een indeling gemaakt in meerdere leeftijdsgroepen.

[66] COPD staat voor 'Chronic Obstructive Pulmonary Disease' of chronische obstructieve longaandoening.

Uit berekeningen van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap blijkt dat in 2002 10,9 mannen per 100.000 en 4,2 vrouwen per 100.000 inwoners stierven ten gevolge van alcohol (Cloots e.a., 2004). Sterfgevallen als gevolg van overmatig alcoholgebruik stellen zich vooral vanaf 45 jaar. Het grootste aantal sterft door alcoholische leveraandoeningen (67% mannen en 81% vrouwen). Alcoholmisbruik werd in de periode 2001-2002 vermeld als secundaire doodsoorzaak bij 56 zelfmoorden, 202 hartdoden en bij 188 ongevallen en trauma's.

Bekijken we de overlijdens als gevolg van alcohol meer in detail op basis van de statistiek van de doodsoorzaken, dan zien we dat alcoholische leverziekte in 2002 voor 204 mannen en voor 98 vrouwen de doodsoorzaak was (tabel 51) (Vlaamse Overheid, 2004)[67]. Sterfte als gevolg van psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol komt minder vaak voor, maar toch stierven hieraan in 2002 68 mannen en 22 vrouwen. Slechts bij 1 man werd de diagnose van auto-intoxicatie door gebruik van alcohol gesteld. 25 mannen en 3 vrouwen overleden als gevolg van alcoholische cardiomyopatie.

**Tabel 51**
***Meest voorkomende alcoholgerelateerde doodsoorzaken in het Vlaams Gewest (2002)***

| | psychische stoornissen en gedragsstoornissen door alcoholgebruik (F10) | | alcoholische leverziekte (K70) | |
|---|---|---|---|---|
| | M | V | M | V |
| 15-24 jaar | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 25-34 jaar | 2 | 0 | 0 | 1 |
| 35-44 jaar | 3 | 3 | 22 | 11 |
| 45-54 jaar | 18 | 7 | 55 | 25 |
| 55-64 jaar | 18 | 8 | 78 | 27 |
| 65-74 jaar | 17 | 1 | 38 | 24 |
| 75-84 jaar | 6 | 1 | 10 | 9 |
| 85-94 jaar | 2 | 2 | 1 | 1 |
| **totaal** | **68** | **22** | **204** | **98** |

Bron: Vlaamse Overheid, 2004

[67] Deze overlijdensstatistieken zijn gebaseerd op de overlijdenscertificaten die de arts invult. Maandelijks worden deze door de gemeentebesturen doorgestuurd naar de Administratie Gezondheidszorg van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Op de entiteit beleidsondersteuning wordt de diagnose van de arts omgezet in een ICD-10-code (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Deze omzetting gebeurt volgens vaste regels, zodanig dat bepaalde categorieën primeren op de andere. Wanneer de arts op het overlijdenscertificaat bijvoorbeeld overlijden door alcoholintoxicatie op alcoholmisbruik aanduidt, dan geeft de Vlaamse administratie de code van alcoholmisbruik. Is er bijvoorbeeld een combinatie van intoxicatie door medicatie en alcohol dan zal de code voor intoxicatie door medicatie worden aangeduid. Zijn er lichamelijke oorzaken dan worden deze in eerste instantie weergegeven. Gebeurt er een ongeval en is de persoon onder invloed van alcohol dan wordt steeds het ongeval als doodsoorzaak vermeld. Het is bijgevolg moeilijk om op basis van deze cijfers exacte uitspraken te doen over de overlijdensoorzaken als gevolg van middelengebruik. Ze zijn louter indicatief.
Bovendien dienen we hier op te merken dat deze statistiek enkel gevalideerd is op medische informatie.

Alcoholische levercirrose is de voornaamste doodsoorzaak in de categorie alcoholische leverziekten en dit zowel voor mannen (184 gevallen) als vrouwen (85 gevallen) (Vlaamse Overheid, 2004).
Deze sterftes kunnen in feite vermeden worden. Om aan te geven hoeveel sterfgevallen kunnen voorkomen worden door primaire preventie, door medische interventies en door secundaire preventie, wordt de indicator *'vermijdbare sterfte'* gebruikt. Sommige sterfgevallen zijn te vermijden door primaire preventie, andere sterfgevallen zijn te vermijden door vaccinatie, vroegtijdige opsporing of een gepaste behandeling (Cloots e.a., 2004). In het Vlaams Gewest waren er in 2002 3.183 overlijdens vermijdbaar door primaire preventie bij mannen en 835 bij vrouwen (tabel 52). Zowel bij mannen als vrouwen kan een deel ervan voorkomen worden door primaire preventie van levercirrose (respectievelijk 10% en 17%).

**Tabel 52**
***Vermijdbare sterfte door primaire preventie (2002)***

| | | aantal overlijdens | | procentueel aandeel | |
|---|---|---|---|---|---|
| | leeftijd | mannen | vrouwen | mannen | vrouwen |
| longkanker | 5-64 jaar | 1.878 | 389 | 59% | 47% |
| huidkanker | 5-64 jaar | 6 | 3 | 0% | 0% |
| ischemische hartziekten | 5-64 jaar | 741 | 207 | 23% | 25% |
| levercirrose | 15-74 jaar | 303 | 140 | 10% | 17% |
| ongevallen met motorvoertuigen | alle | 255 | 96 | 8% | 11% |
| **subtotaal** | | **3.183** | **835** | **100%** | **100%** |
| **totaal[68]** | | **13.550** | **7.637** | | |

Bron: Cloots e.a., 2004

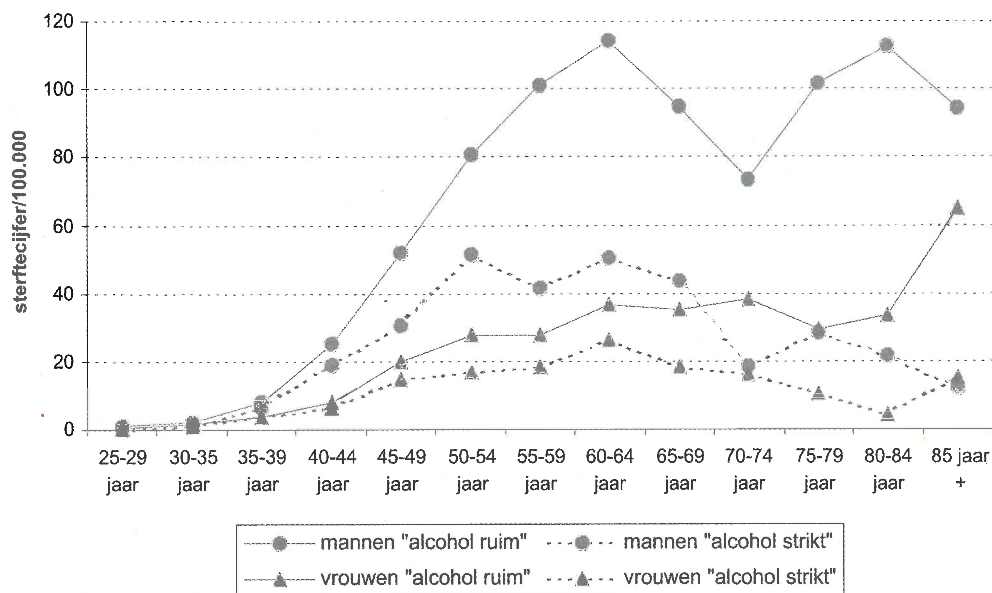
In het Brussels Gewest is alcohol verantwoordelijk voor 2,3% van alle en 7,3% van de vroegtijdige overlijdens (Deguerry e.a., 2004). Voor dit cijfer wordt er uitgegaan van een ruime definitie van alcoholsterfte[69]. Bij mannen is alcohol verantwoordelijk voor 3,3% van alle overlijdens en 8,4% van de vroegtijdige overlijdens. Bij vrouwen zijn 1,4% van alle overlijdens en 5,3% van de vroegtijdige overlijdens toe te schrijven aan alcoholgebruik. In de leeftijdscategorie van 45 tot 55 jaar is de alcoholgerelateerde mortaliteit het hoogst (grafiek 33). Alcoholgerelateerde doodsoorzaken komen op de derde plaats bij de vroegtijdige sterfte bij mannen en op de vijfde plaats bij vrouwen.

---

[68] In het totale aantal overlijdens zijn eveneens de vermijdbare sterften door medische interventies begrepen.

[69] 'Ruime' definitie van alcoholsterfte: alcoholische leverziekte en alcoholische pancreatitis (K70 en K86.0), alcoholgerelateerde psychische en mentale stoornissen (F10), alcoholgerelateerde degeneratieve aandoeningen van het zenuwstelsel (G31.2), zelfmoord door alcohol (X65), accidentele alcoholintoxicatie (X45), alcoholintoxicatie waarvan de intentie niet duidelijk is (Y15) + kwaadaardige tumoren van de bovenste spijsverteringswegen (C00-C15).
'Strikte' definitie van alcoholsterfte: alcoholische leverziekte en alcoholische pancreatitis (K70 en K86.0), alcoholgerelateerde psychische en mentale stoornissen (F10), alcoholgerelateerde degeneratieve aandoeningen van het zenuwstelsel (G31.2), zelfmoord door alcohol (X65), accidentele alcoholintoxicatie (X45), alcoholintoxicatie waarvan de intentie niet duidelijk is (Y15).

**Grafiek 33**
***Sterftecijfer voor alcoholgerelateerde sterfte volgens leeftijd en sekse in Brussel (1998-2002)***




Bron: Deguerry e.a., 2004

## 1.2 Mortaliteit en morbiditeit door medicatiegebruik

Ieder jaar sterven er mensen als gevolg van een al dan niet opzettelijke intoxicatie door medicatiegebruik. In de statistiek van de doodsoorzaken vinden we daarover enkele cijfers (Vlaamse Overheid, 2004). In 2002 stierven 2 mannen en 1 vrouw door onopzettelijke vergiftiging door medicatie[70]. 18 mannen en 21 vrouwen vergiftigden zichzelf opzettelijk met behulp van medicatie. 1 vrouw overleed als gevolg van psychische stoornissen of gedragstoornissen door het gebruik van sedativa of hypnotica.

Bij mannen gebeurt zelfmoord in de periode 2001-2002 in 10% van de gevallen door vergiftiging, bij vrouwen in 20% van de gevallen (Cloots e.a., 2004). Geneesmiddelen worden het meest gebruikt bij vergiftiging (7% bij mannen en 17% bij vrouwen).

In de periode 1998-2002 waren er in het Brussels Gewest 84 overlijdens te wijten aan intoxicatie met psychoactieve geneesmiddelen, ofwel gemiddeld 17 per jaar (Deguerry e.a., 2004).

[70] Anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddelen en psychotrope geneesmiddelen.

## 1.3 Mortaliteit en morbiditeit als gevolg van het gebruik van illegale drugs

Hoewel problematische illegaledruggebruikers slechts een klein deel van de bevolking uitmaken, kennen ze verhoudingsgewijs meer gezondheidsproblemen en hebben ze een hoger sterftecijfer (EWDD, 2003). Het totale sterftecijfer voor problematische druggebruikers ligt tot twintig keer hoger dan voor de algemene bevolking van dezelfde leeftijd. Het gaat dan om sterfte door overdosis, ongevallen, zelfdoding, aids of andere besmettelijke ziekten. Het sterftecijfer van injecterende druggebruikers is twee tot vier keer hoger dan dat van niet-spuiters. Als gevolg van hun levenswijze en de toedieningswijze van bepaalde substanties lopen druggebruikers meer kans op besmettelijke aandoeningen, waaronder HIV-besmetting of hepatitis.

### 1.3.1 HIV-besmetting en middelengebruik

Sinds het begin van de HIV-epidemie tot en met 30 juni 2004 werd er bij 17.461 personen in ons land HIV-infectie vastgesteld (Sasse, 2004). Gemiddeld komen er 2,9 gevallen per dag bij. Van deze 17.461 seropositieven hebben 3.261 personen aids ontwikkeld.
5,9% van alle seropositieven, waarvan de overdrachtswijze gekend is, is waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik[71] (tabel 53).

**Tabel 53**
***Aandeel van druggebruikers onder de seropositieven waarvan nationaliteit, sekse en waarschijnlijke overdrachtswijze gekend zijn[72]***

| datum | aantal patiënten van wie overdrachtswijze gekend is | aantal injecterende druggebruikers | percentage |
|---|---|---|---|
| december 1994 | 5.076 | 422 | 8,3 |
| december 1995 | 5.694 | 353 | 6,2 |
| december 1996 | 5.804 | 431 | 7,4 |
| december 1997 | 6.174 | 446 | 7,2 |
| december 1998 | 6.583 | 452 | 6,9 |
| december 1999 | 7.374 | 476 | 6,5 |
| december 2000 | 7.469 | 495 | 6,6 |
| december 2001 | 8.206 | 523 | 6,4 |
| december 2002 | 8.913 | 539 | 6,0 |
| december 2003 | 9.592 | 576 | 6,0 |
| juni 2004 | 10.098 | 597 | 5,9 |

Bron: Sasse, 2001; 2002; 2003; 2004

[71] Is gebaseerd op wat de arts aanduidt op het formulier dat hij invult voor elke nieuwe seropositieve (zie bijlage 1).
[72] De cijfers voor 1994 tot 2000 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2001 (De Donder, 2002, p. 52).

Van de Belgische mannen waarvan de waarschijnlijke overdrachtswijze gekend is, verklaart 5,2% (176) drugs geïnjecteerd te hebben. 9,8% (75) van de Belgische vrouwen wijdt de besmetting met HIV aan injecterend druggebruik. Van de niet-Belgische geïnfecteerden is 6,1% (365) waarschijnlijk besmet via injecterend druggebruik (9,8% van de mannen en 2,3% van de vrouwen) (tabel 54)[73]. Bij de interpretatie van deze gegevens mag men het hoge percentage onbekenden niet minimaliseren (35,8%).

**Tabel 54**
***Verdeling van HIV-geïnfecteerden, naar sekse, nationaliteit en waarschijnlijke overdrachtswijze (toestand op 30 juni 2004)***

| waarschijnlijke overdrachtswijze | Belgische nationaliteit | | | andere nationaliteit | | | totaal[74] | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | V | T | M | V | T | M | V | T[75] |
| homo-/biseksuele contacten | 2.230 | - | 2.231 | 644 | - | 645 | 2.985 | - | 2.988 |
| intraveneus druggebruik (IVD) | 146 | 75 | 221 | 273 | 66 | 339 | 449 | 148 | 597 |
| homo-/biseksuele cont. + IVD | 30 | - | 30 | 26 | - | 26 | 59 | - | 59 |
| hemofilie | 25 | - | 25 | 6 | - | 6 | 35 | - | 35 |
| transfusie[75] | 59 | 54 | 113 | 92 | 177 | 270 | 157 | 237 | 395 |
| heteroseksuele contacten | 837 | 594 | 1.431 | 1.909 | 2.561 | 4.481 | 2.823 | 3.257 | 6.093 |
| moeder/kind overdracht | 39 | 41 | 80 | 96 | 118 | 214 | 158 | 181 | 344 |
| onbekend | 512 | 151 | 664 | 650 | 520 | 1.179 | 3.313 | 2.313 | 5.855 |
| **totaal** | **3.878** | **915** | **4.795** | **3.696** | **3.442** | **7.160** | **9.979** | **6.136** | **16.366** |

Bron: Sasse, 2004

Vooral bij jongeren is de virusoverdracht door druggebruik belangrijk in vergelijking met de andere mogelijke overdrachtswijzen (tabel 55). Op 31 december 2003 is 16% van de geïnfecteerden tussen 15 en 24 jaar waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik. Meer vrouwen (17,6%) dan mannen (15,4%) tussen 15 en 24 jaar zeg-

[73] Bij de bespreking van tabel 54 zijn het aantal personen waarvan de overdrachtswijze onbekend is van het totaal afgetrokken om de percentages te berekenen.
[74] In dit totaal zijn patiënten met onbekende nationaliteit en/of geslacht inbegrepen.
[75] In deze totalen zijn patiënten met onbekend geslacht inbegrepen.
[76] Deze categorie betekent dat de patiënt aangeeft dat ze een bloedtransfusie gekregen heeft. Dit betekent niet dat de besmetting is gebeurd door bloedtransfusie.

gen besmet te zijn door injecterend druggebruik. Ook in de andere leeftijdscategorieën zijn er telkens meer vrouwen dan mannen waarschijnlijk besmet door drugs te injecteren. Het percentage van de HIV-geïnfecteerden dat wellicht besmet is door injecterend druggebruik is in de oudere leeftijdscategorieën veel kleiner (8,2% bij de 25-34-jarigen, 4% bij de 35-49-jarigen en 0,4% bij de personen van 50 jaar of ouder).

**Tabel 55**
***Belgische HIV-geïnfecteerden, naar leeftijd, sekse en overdrachtswijze (toestand op 31 december 2003)***

| leeftijd | sekse | N | homo-biseks. contact | heteroseks. contact | IV-druggebruik | andere risico's |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-24 jaar | M | 358 | 67,0 | 10,7 | 15,4 | 7,0 |
| | V | 166 | - | 81,7 | 17,6 | 0,8 |
| | **T** | **524** | **47,9** | **31,0** | **16,0** | **5,1** |
| 25-34 jaar | M | 1.458 | 73,8 | 18,5 | 6,9 | 0,8 |
| | V | 347 | - | 80,8 | 14,3 | 4,5 |
| | **T** | **1.805** | **60,8** | **29,4** | **8,2** | **1,5** |
| 35-49 jaar | M | 1.550 | 68,6 | 26,0 | 3,6 | 1,8 |
| | V | 284 | - | 86,4 | 6,3 | 7,2 |
| | **T** | **1.834** | **58,5** | **34,9** | **4,0** | **2,6** |
| ≥ 50 jaar | M | 571 | 47,0 | 47,4 | 0,4 | 5,1 |
| | V | 108 | - | 75,3 | - | 24,7 |
| | **T** | **679** | **39,6** | **51,7** | **0,4** | **8,3** |

Bron: Sasse & Defraye, 2004

Op 31 december 2003 waren er in België 3.226 aids-patiënten (Sasse & Defraye, 2004). Daarvan zijn er 1.591 Belgen, 1.615 hebben een andere nationaliteit en van 20 patiënten is de nationaliteit onbekend. 1.814 patiënten wonen al minstens vijf jaar in België (residente aids-patiënten). 1.005 van de aids-patiënten is niet-resident.
Van de Belgische en niet-Belgische aids-patiënten werd de mogelijke besmettingswijze genoteerd. In 5,2% van de gevallen is injecterend druggebruik de vermoedelijke overdrachtswijze van de besmetting met HIV geweest bij de aids-patiënten met Belgische nationaliteit (tabel 56). Bij vrouwen (12,9%) komt deze oorzaak meer dan bij mannen (3,7%) op de voorgrond. 10 patiënten zijn injecterende druggebruikers met homo- of biseksuele contacten waardoor niet kan aangeduid worden hoe ze besmet zijn.

**Tabel 56**
***Verdeling van aids-patiënten met Belgische nationaliteit, naar sekse en waarschijnlijke overdrachtswijze (toestand op 31 december 2003)***

| waarschijnlijke overdrachtswijze | mannen | | vrouwen | | totaal | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % |
| homo-/biseksuele contacten | 883 | 65,8 | - | - | 737 | 55,5 |
| intraveneus druggebruik (IVD) | 50 | 3,7 | 32 | 12,9 | 82 | 5,2 |
| homo-/biseksuele cont. + IVD | 10 | 0,7 | - | - | 10 | 0,6 |
| hemofilie | 13 | 1,0 | - | - | 13 | 0,8 |
| transfusie | 33 | 2,5 | 32 | 12,9 | 65 | 4,1 |
| heteroseksuele contacten | 305 | 22,7 | 167 | 67,1 | 472 | 29,7 |
| moeder/kind overdracht | 14 | 1,0 | 14 | 5,6 | 28 | 1,8 |
| onbekend | 34 | 2,5 | 4 | 1,6 | 38 | 2,4 |
| **totaal** | **1.342** | **100,0** | **249** | **100,0** | **1.591** | **100,0** |

Bron: Sasse & Defraye, 2004

De kenmerken van de aids-patiënten met niet-Belgische nationaliteit verschillen enigszins van deze van de Belgische aids-patiënten. Bij de niet-Belgische aids-patiënten is een groter aandeel (7,9%) besmet via injecterend druggebruik (tabel 57). In deze groep zijn er in verhouding meer mannen (10,9%) dan vrouwen (3,8%) besmet door injecterend druggebruik. 7 mannen meldden naast injecterend druggebruik nog homo- en biseksuele contacten.

**Tabel 57**
***Verdeling van aids-patiënten van niet-Belgische nationaliteit, mannen en vrouwen naar waarschijnlijke overdrachtswijze (toestand op 31 december 2003)***

| waarschijnlijke overdrachtswijze | mannen | | vrouwen | | totaal | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % |
| homo-/biseksuele contacten | 230 | 25,4 | - | - | 230 | 14,6 |
| intraveneus druggebruik (IVD) | 99 | 10,9 | 25 | 3,8 | 124 | 7,9 |
| homo-/biseksuele cont. + IVD | 7 | 0,8 | - | - | 7 | 0,4 |
| transfusie | 1 | 0,1 | - | - | 1 | 0,1 |
| heteroseksuele contacten | 24 | 2,6 | 47 | 7,1 | 71 | 4,5 |
| moeder/kind overdracht | 513 | 56,5 | 547 | 82,1 | 1.060 | 67,3 |
| onbekend | 34 | 3,7 | 47 | 7,1 | 81 | 5,1 |
| **totaal** | **908** | **100,0** | **666** | **100,0** | **1.574** | **100,0** |

Bron: Sasse & Defraye, 2004

Men kan omgekeerd ook nagaan hoeveel personen in een populatie druggebruikers besmet zijn met HIV. In De Sleutel waren er in 2002 306 behandelingsaanvragen van

injecterende druggebruikers (Sleiman, 2004) (tabel 58). 62 van deze gebruikers werden getest op HIV. 1,6% was seropositief.

**Tabel 58**
***Percentage seropositieven onder injecterende druggebruikers in De Sleutel*[77]**

| | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---|---|---|
| aantal behandelingsvragen van IVD | 303 | 241 | 306 |
| aantal geteste IVD | 161 | 118 | 62 |
| % HIV+ (getest) | 1,2 | 1,7 | 1,6 |

Bron: Sleiman, 2004

## 1.3.2 Hepatitis en middelengebruik

De Sleutel registreert de prevalentie van hepatitis onder haar cliënten (Sleiman, 2004). In 2002 werden er 47 injecterende druggebruikers getest op hepatitis B (tabel 59). 10 bleken er positief (21,3%). Hepatitis C werd vastgesteld bij 28 geteste patiënten die drugs injecteren (43,1%).

**Tabel 59**
***Aantal hepatitis-geïnfecteerden onder injecterende druggebruikers in De Sleutel***

| | 2000 | | 2001 | | 2002 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hep B | Hep C | Hep B | Hep C | Hep B | Hep C |
| aantal behandelingsvragen van IVD | 303 | 303 | 241 | 241 | 306 | 306 |
| aantal geteste IVD | 123 | 164 | 89 | 120 | 47 | 65 |
| aantal hepatitis B + | 27 | 59 | 14 | 43 | 10 | 28 |

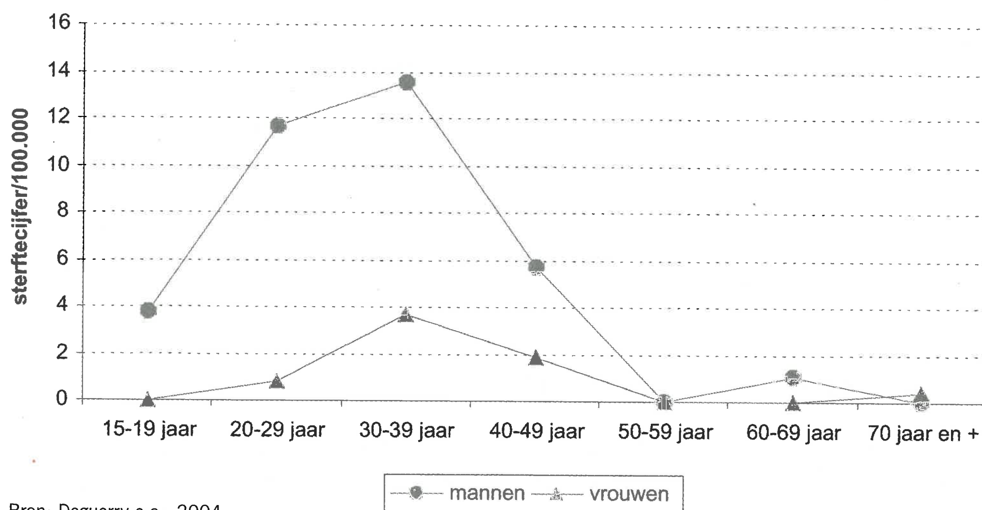
Bron: Sleiman, 2004

## 1.3.3 Druggerelateerd overlijden

In het Brussels Gewest zijn er in de periode 1998-2002 147 overlijdens geregistreerd te wijten aan het gebruik van illegale drugs[78], of gemiddeld 29 per jaar (Deguerry e.a., 2004). In 3 op 4 van de gevallen gaat het om overlijdens van mannen tussen 20 en 44 jaar (grafiek 34).

[77] De biologische test wordt enkel afgenomen bij patiënten die een arts zien. Alle cliënten die substitutiebehandeling of een andere medicamenteuze behandeling volgen, worden gevolgd door een arts.
[78] Daaronder verstaat men de overlijdens met ICD-10 codes: F11 tot F16, F18, F19, X42, X62 en Y12.

**Grafiek 34**
***Sterftecijfer voor psychoactieve drugs in Brussel (1998-2002)***



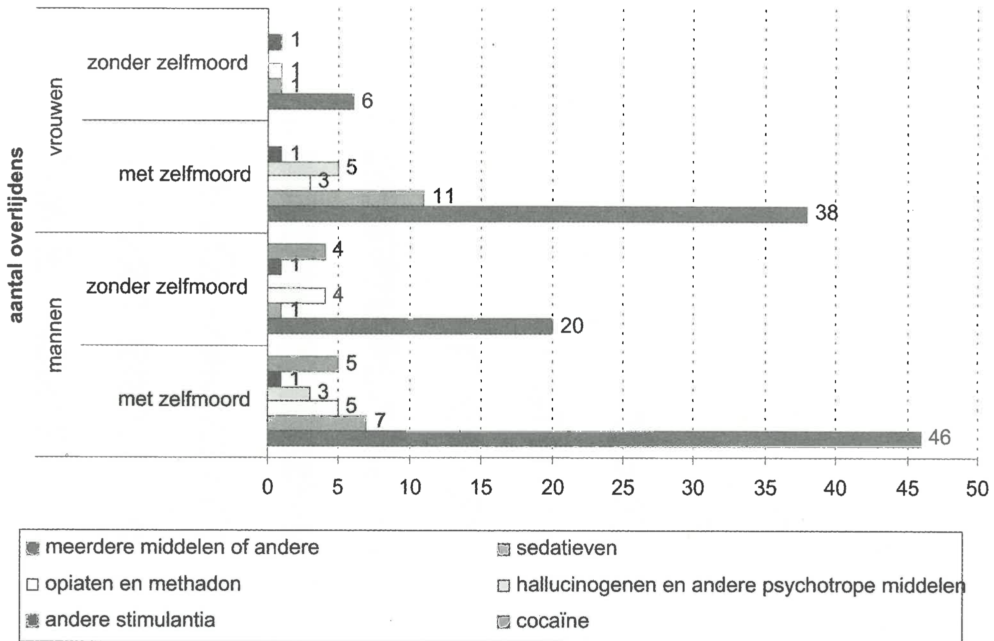

Bron: Deguerry e.a., 2004

Vooraleer de cijfers over de druggerelateerde overlijdens voor Vlaanderen te bespreken, is het raadzaam even stil te staan bij de wijze waarop de overlijdensstatieken gevalideerd worden. De gemeenschappen krijgen de overlijdenscertificaten van de gemeenten en staan in voor de omzetting van de doodsoorzaak zoals ze werd aangeduid door de arts in een ICD-10-code. De informatie van de arts wordt bij onduidelijkheid gecontroleerd door de arts die de aangifte registreerde. Het gaat hier om de eerste validatieprocedure op de medische informatie. Het NIS staat in voor de tweede validatieprocedure, met name het valideren van de sociodemografische informatie (sekse, leeftijd,...). De overlijdensstatistieken die het NIS uiteindelijk uitgeeft zijn volledig (dus zowel op medische als op sociodemografische informatie) gevalideerd. Omdat de data een hele weg dienen af te leggen, beschikt het NIS slechts laat over de overlijdensgegevens. De recentste nationale cijfers zijn momenteel deze van 1997. Voor Vlaanderen worden er recentere sterftecijfers gepresenteerd in de gezondheidsindicatoren.
Daarnaast is het nog van belang te weten dat Europa een uniforme definitie hanteert voor druggerelateerde sterfte.

De Europese Unie registreert jaarlijks 7.000 tot 9.000 acute sterfgevallen door druggebruik (EWDD, 2003). Meestal spelen opiaten daarin een rol. Acute sterfgevallen door cocaïne, amfetamines of XTC zonder opiaten komen in Europa minder vaak voor. De laatste jaren is het aantal acute sterfgevallen door illegaal druggebruik gestabiliseerd.

In 2002 stierven in Vlaanderen 2,8 mannen per 100.000 inwoners en 2,3 vrouwen per 100.000 inwoners ten gevolge van illegaal druggebruik (Cloots e.a., 2004). Zelfmoord is de belangrijkste oorzaak van sterfte door druggebruik (grafiek 35). De meesten, namelijk 2 op 3, overleden door meerdere middelen te gebruiken. Het tweede voornaamste product zijn de legale sedativa. Psychische stoornissen en gedragsstoornissen leiden tot meer overlijdens dan de (accidentele) vergiftigingen.

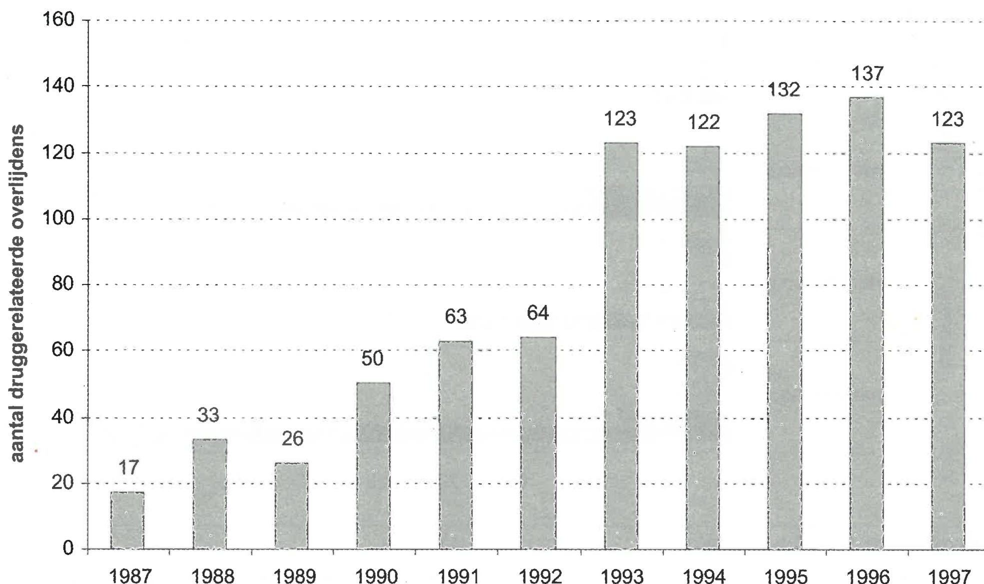
**Grafiek 35**
***Sterfte door druggebruik in Vlaanderen (2002)***




Bron: Cloots e.a., 2004

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) analyseerde de druggerelateerde overlijdens in België voor de periode 1987-1997 op basis van het algemeen mortaliteitsregister van het NIS (Jossels & Sartor, 2004). In deze periode werden 890 druggerelateerde doden genoteerd, 651 mannen (73%) en 239 vrouwen (27%). Het aantal neemt toe van 1987-1997 (grafiek 36). In 1993 (123) zijn er plots bijna dubbel zoveel drugdoden dan in 1992 (64). De stijgende tendens over de jaren betekent niet noodzakelijk dat het aantal druggerelateerde overlijdens ook effectief toeneemt. Andere verklaringen kunnen zijn dat artsen zich bij het invullen van het overlijdenscertificaat meer bewust zijn van druggerelateerde oorzaken, een betere detectie van middelengebruik, meer gevallen waarbij om een autopsie wordt gevraagd, of een algemene verbetering in de kwaliteit van het overlijdenscertificaat.

**Grafiek 36**
***Aantal druggerelateerde overlijdens in België***




Bron: Jossels & Sartor, 2004

De meeste druggerelateerde sterften doen zich voor bij 20-34-jarigen (62,5%) (Jossels & Sartor, 2004). Vanaf 30 jaar neemt het aantal sterfgevallen gestaag af. Vlaanderen heeft de laagste mortaliteitsratio van België voor druggerelateerde doden. Van de 890 druggerelateerde doden is in 702 gevallen de substantie bekend waaraan de persoon is overleden. In 663 gevallen is er sprake van opiaten (94,4%). Plaatselijke verdovingsmiddelen, inclusief cocaïne, kwam voor in 18 gevallen terwijl bij 7 doden sprake was van psychodysleptica (cannabis en hallucinogenen). Psychostimulantia zoals amfetamines leidden in 5 gevallen tot een sterfgeval. De druggerelateerde doodsoorzaken kunnen onderverdeeld worden in 5 categorieën: drugafhankelijkheid, misbruik van drugs, accidentele vergiftiging, zelfmoord en opzettelijke vergiftiging, vergiftiging met onbepaald opzet. Tot 1992 is afhankelijkheid verantwoordelijk voor 30-40% van de sterften. Nadien wordt accidentele vergiftiging de hoofdoorzaak.
Uit een verdere analyse van de Belgische data blijkt dat het risico voor vrouwen om te overlijden aan een druggerelateerde oorzaak 5 keer minder groot is dan voor mannen. De leeftijdsgroep van 20-34 jaar loopt een risico dat 4 keer hoger ligt dan voor de 45-49-jarigen.

# Hoofdstuk 2. De vraag om hulp [79]

## 2.1 Hulpverlening bij problematisch middelengebruik

Prevalentiegegevens, zoals voorgesteld in deel 2, zeggen niets over de gezondheids- en andere problemen die gepaard gaan met middelengebruik. In feite beschikken we voor België over onvoldoende gegevens over problematisch middelengebruik.
Registratiegegevens geven ons inzicht in de vraag naar behandeling bij problematisch middelengebruik. Ze geven een beeld van de socio-demografische kenmerken van cliënten, de gebruikte middelen, de wijze van gebruik, de leef- en werksituatie of het voorkomen van bepaalde infectieziekten (Vanderplasschen e.a., 2003). Wel is het zo dat we niet weten hoeveel percent van de probleemgebruikers een beroep doet op de hulpverlening. Een tweede kanttekening bij registratiegegevens is dat ze over het algemeen geen rekening houden met dubbeltellingen. Nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen (bv. wijzigingen in de wetgeving) en nieuwe tendensen in de hulpverlening (bv. de oprichting van nieuwe hulpverleningsinitiatieven zoals de MSOC's) kunnen registratiedata eveneens sterk beïnvloeden.

Er zijn verschillende kanalen waarlangs mensen hulp kunnen zoeken voor problematisch middelengebruik. Ook op niet-drugspecifieke diensten zoals het algemeen welzijnswerk, de huisarts, het OCMW, het jeugdwerk, ... kan een beroep gedaan worden. Behalve in het algemeen welzijnswerk wordt deze problematiek zelden geregistreerd.

Naar de DrugLijn bellen mensen met problemen of vragen over middelengebruik. In 47% van de gesprekken stelt de DrugLijn een doorverwijzing voor aan de oproeper (VAD, 2004). In 57% van deze gevallen verwijst de DrugLijn naar de ambulante drughulpverlening zijnde de dagcentra, CGG of MSOC,...

### 2.1.1 Niet-categoriale hulpverlening

Personen met middelengerelateerde problemen komen niet uitsluitend terecht in de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening. Zo kunnen zij bijvoorbeeld een beroep doen op het algemeen welzijnswerk of passeren zij via een spoedgevallendienst.

#### 2.1.1.1 Algemeen welzijnswerk

Een onderzoek van het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk naar thuisloosheid bracht aan het licht dat thuislozen zich meestal aanmelden met verschillende problemen (Lescrauwaet e.a., 2002). Voor de cliënten zelf zijn een woonprobleem, financiële problemen en dakloosheid de drie voornaamste aanmeldingsproblematieken. 11,7% heeft een afhankelijkheidsprobleem. Hulpverleners zeggen dat financiële problemen, psychische en/of persoonlijke problemen en dakloosheid de voornaamste aanmeldingsproblematieken zijn. Een kwart (25,5%) van de aanmeldingen heeft volgens de hulpverleners te maken met een afhankelijkheidsproblematiek. Een afhankelijkheidsprobleem hoort

[79] In bijlage 1 wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.

niet tot de vijf belangrijkste kenmerken van thuisloosheid, maar wordt toch in 6,6% van de gevallen door de hulpverlener als probleemveld aangeduid.
Twee derde van de thuislozen heeft een instellingsverleden. 14,1% verbleef ooit in een therapeutische gemeenschap. 1,1% verbleef vlak voor de opname in de thuislozenzorg in een therapeutische gemeenschap.

De Centra voor Algemeen Welzijnswerk kunnen in hun registratiesysteem afhankelijkheidsproblematieken registreren onder de hoofdrubriek 'psychische en persoonlijke problemen' (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2004). De centra zijn slechts verplicht om tot op het niveau van de hoofdrubriek te registreren waardoor heel wat afhankelijkheidsproblematieken niet als zodanig zijn terug te vinden in de registratiegegevens. In 2003 werd bij de aanmelding bij 3.050 cliënten een afhankelijkheidsprobleem geregistreerd op de onthaalfiche (op 100.000 cliënten bij onthaal). Bij 1.847 cliënten is een afhankelijkheidsprobleem geregistreerd op de begeleidingsfiche (op 38.000 cliënten in begeleiding).
De meeste van deze cliënten waarbij een afhankelijkheidsproblematiek werd geregistreerd kwamen terecht in residentiële werksoorten, zowel wat het onthaal als wat de begeleiding betreft (vooral residentiële crisisopvang en opvangcentra voor mannen). Op de onthaalfiche werd een afhankelijkheidsprobleem het meest geregistreerd in een algemeen ambulant centrum en in de jongerenadviescentra (JAC). Op de begeleidingsfiche kwam een afhankelijkheidsprobleem het meest voor in de registratiegegevens van de algemene ambulante centra.

Van de 3.050 cliënten die bij het onthaal met een afhankelijkheidsprobleem werden geregistreerd zijn er 75,5% mannen en 24,0% vrouwen (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2004). Meer dan de helft (52,7%) is tussen 26 en 59 jaar oud en 32,2% is tussen 18 en 25 jaar. De helft (51,3%) van deze cliënten vraagt een opname en 18,6% vraagt begeleiding. In 34,5% van de gevallen worden deze cliënten doorverwezen.
In de residentiële crisisopvang en de opvangcentra voor mannen worden vooral mannen met een afhankelijkheidsprobleem geregistreerd. In de JAC's en de algemene ambulante centra is de man-vrouwverhouding ongeveer gelijk.

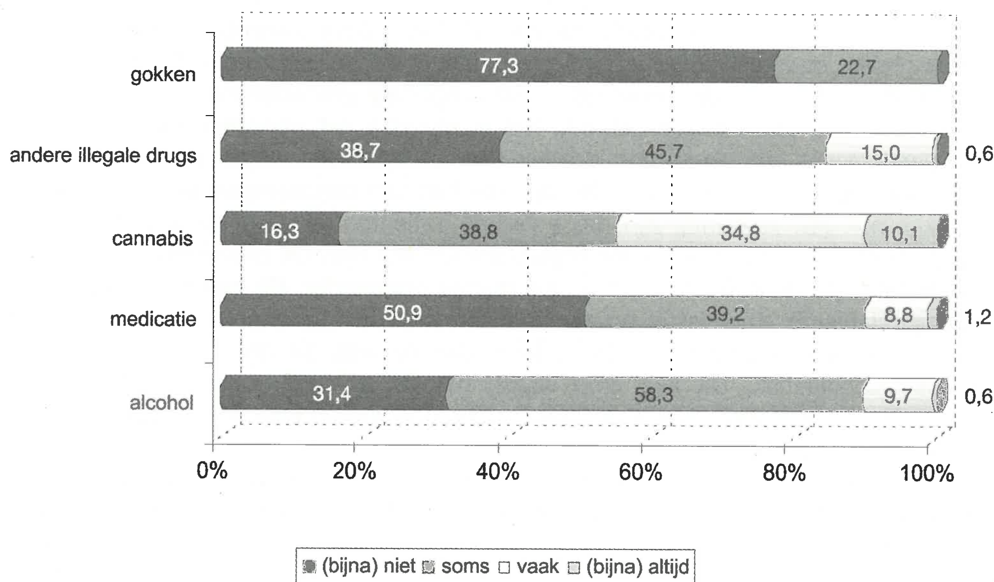
Van de cliënten met een afhankelijkheidsprobleem in begeleiding is 60,5% ongehuwd en een kwart (25,5%) gescheiden (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2004). De helft woont alleen (51,4%). 42,8% heeft een socialezekerheidsinkomen. De meeste cliënten werken niet (68,6%). 8% is allochtoon. In de meeste gevallen gebeurt er begeleiding (28,7%) of residentiële opvang (23,3%).
In de JAC's is 90,5% van de cliënten in begeleiding ongehuwd. 35,7% woont nog thuis. Verhoudingsgewijs worden het meest allochtonen met een afhankelijkheidsprobleem begeleid in het JAC (38,1%). De meeste cliënten in de residentiële crisisopvang, de opvangcentra voor mannen of de algemene ambulante centra zijn werkloos. Het JAC begeleidt vooral schoolgaande cliënten. In de residentiële crisisopvang zijn er 13,1% cliënten met een afhankelijkheidsprobleem die geen verblijfplaats hebben. In de opvangcentra voor mannen gaat het om 23,5% van de cliënten.

Op de onthaalfiche werd 3.123 keer een afhankelijkheidsprobleem geregistreerd[80] (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2004). Meestal wordt het middel niet gespecificeerd (55,4%). Bij 18,9% gaat het om alcohol, bij 19,2% om illegale drugs. Om welke illegale producten het dan precies gaat wordt evenmin geregistreerd. Bij 1,6% van de cliënten is er een probleem van afhankelijkheid van medicatie. Bij het JAC wordt een afhankelijkheidsprobleem vaker als eerste problematiek geregistreerd dan in de andere werkvormen waar afhankelijkheidsproblemen eerder als tweede probleem, na thuisloosheid, aan bod komen.

### 2.1.1.2 Bijzondere jeugdzorg

In de nodenbevraging van VAD in de voorzieningen voor bijzondere jeugdzorg werd nagegaan in hoeverre de voorzieningen geconfronteerd werden met jongeren met problemen met het gebruik van alcohol, medicatie, cannabis, andere illegale drugs of gokken (Baeten & Rosiers, 2002). De respondenten worden vooral geconfronteerd met jongeren die problemen hebben met cannabis: 34,8% antwoordt vaak en 10,1% antwoordt (bijna) altijd (grafiek 37). 15% wordt vaak geconfronteerd met jongeren met problemen door gebruik van andere illegale drugs. Bijna 1 op 10 (9,7%) antwoordt vaak jongeren te zien met problemen door alcoholgebruik. Ongeveer 10% zegt dat ze vaak of bijna altijd jongeren zien met problemen door medicatiegebruik. 77,3% geeft aan dat ze (bijna) niet worden geconfronteerd met jongeren met gokproblemen.

**Grafiek 37**
***Frequentie waarmee respondenten geconfronteerd worden met jongeren die problemen hebben met middelengebruik***




Bron: Baeten & Rosiers, 2002

[80] Per cliënt kan meer dan 1 afhankelijkheidsprobleem worden aangeduid.

Als er zich problemen voordoen zijn die vooral ernstig bij cannabis, bij andere illegale drugs en bij gokken (Baeten & Rosiers, 2002). Meer dan de helft van de respondenten vindt de problemen bij andere illegale drugs dan cannabis (70,0%), gokken (54,0%) en cannabis (51,7%) eerder ernstig tot ernstig. 32,1% vindt de problemen door alcoholgebruik (eerder) ernstig en 37,0% vindt problemen door medicatiegebruik (eerder) ernstig. Driekwart van de respondenten (74,7%) vindt de problemen met middelengebruik eerder belangrijk tot belangrijk in het geheel van de problemen van de jongeren. Dagcentra hebben minder te maken met problemen door middelengebruik terwijl de onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra er (vrij) frequent mee geconfronteerd worden.

16,1% van de respondenten neemt nooit zelf de begeleiding op van drugproblemen bij jongeren (Baeten & Rosiers, 2002). 13,7% doet dat wel bijna altijd zelf. 6,5% begeleidt enkel zelf als er geen verwijzing mogelijk is. 44,6% neemt zelf de begeleiding op als het gaat om beperkt, niet-problematisch gebruik. De meest genoemde positieve ervaring met het zelf opnemen van begeleidingen is het vertrouwen en de bekendheid tussen begeleider en jongere (43,5%). De meest aangehaalde negatieve ervaring met het zelf begeleiden is de houding van de jongere (36,0%): gebrek aan motivatie, onvoldoende vertrouwen en openheid, weerstand, enzovoort. Bij problematisch gebruik zou 45,2% van de respondenten de jongere doorverwijzen. 3 op 10 respondenten verwijzen door als er geen perspectief meer is in de begeleiding die de voorziening kan bieden (29,5%) of als het functioneren van de jongeren in het gedrang komt (28,3%).

### 2.1.1.3 Spoedgevallen

Van de patiënten die terechtkomen bij het psychiatrisch spoedteam van het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg in Leuven, waren er in 2000 14,9% met middelengerelateerde stoornissen (tabel 60) (Bruffaerts e.a., 2004c). Deze stoornissen komen op de derde plaats. In vergelijking met andere studies is dat eerder weinig. Dit zou kunnen verklaard worden door de aanwezigheid van regionale gespecialiseerde diensten voor de behandeling van middelengebruik. Het is mogelijk dat personen met alcohol- en druggerelateerde problemen onmiddellijk naar de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening worden verwezen. De comorbiditeit van middelengerelateerde stoornissen kan ook een verklaring zijn. 50% van de patiënten op de psychiatrische spoeddienst heeft een comorbide middelengerelateerde stoornis. De prevalentie van middelengerelateerde stoornissen wordt op die manier onderschat. Bij mannen komen middelengerelateerde stoornissen opvallend meer voor dan bij vrouwen (tabel 60). De man/vrouw ratio bedraagt 1,6. Dit is lager dan de ratio die doorgaans voorkomt in bevolkingsonderzoek. Dit kan erop wijzen dat de psychiatrische spoeddienst een belangrijke ingangspoort is voor vrouwen om hulp te zoeken voor hun middelengebruik of gerelateerde problemen.
Middelengebruik is ook de derde meest voorkomende klacht die door de patiënt zelf wordt aangegeven (tabel 60). Middelengebruik wordt meer aangegeven door mannen dan door vrouwen.

**Tabel 60**
***Stoornissen volgens DSM-IV en klacht van de patiënt bij patiënten op psychiatrisch spoedteam (2000)***

| | totaal | | mannen | | vrouwen | | man vrouw ratio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DSM-IV axis I** | N | % | N | % | N | % | |
| mentale stoornis te wijten aan medische omstandigheden | 13 | 1,2 | 5 | 1,1 | 8 | 1,4 | 0,6 |
| psychotische stoornis | 74 | 7,0 | 32 | 6,9 | 42 | 7,1 | 0,7 |
| stemmingsstoornis | 207 | 19,7 | 81 | 17,5 | 126 | 21,4 | 0,6 |
| aanpassingsstoornis | 180 | 17,1 | 67 | 14,5 | 113 | 19,2 | 0,6 |
| neurotische stoornis | 62 | 5,9 | 20 | 4,3 | 42 | 7,1 | 0,5 |
| gebruik psychoactieve middelen | 156 | 14,9 | 96 | 20,8 | 60 | 10,2 | 1,6 |
| andere condities | 91 | 8,7 | 38 | 8,2 | 53 | 9,0 | 0,7 |
| geen of uitgestelde diagnose | 75 | 7,1 | 24 | 5,2 | 51 | 8,7 | 0,5 |
| andere diagnose | 192 | 18,3 | 99 | 21,4 | 93 | 15,3 | 1,2 |
| **klachten van patiënt** | | | | | | | |
| suïcidaliteit | 286 | 27,3 | 102 | 22,1 | 184 | 31,3 | 0,6 |
| geweld of agressie | 76 | 7,3 | 44 | 9,5 | 32 | 5,5 | 1,4 |
| depressieve stemming | 220 | 21,0 | 81 | 17,6 | 139 | 23,7 | 0,6 |
| middelengebruik | 153 | 14,6 | 105 | 22,8 | 48 | 8,2 | 2,2 |
| wanen en hallucinaties | 49 | 4,7 | 27 | 5,9 | 22 | 3,7 | 1,2 |
| angstige stemming | 86 | 8,2 | 28 | 6,1 | 58 | 9,9 | 0,5 |
| andere klachten | 178 | 17,0 | 74 | 16,1 | 104 | 17,7 | 0,7 |

Bron: Bruffaerts e.a., 2004c

### 2.1.1.4 Gedwongen psychiatrische opname

Het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg van Oost-Vlaanderen geeft een overzicht van de gedwongen opnames in psychiatrische centra in 2003 (PopovGGZ, 2004). In 2003 is er in 36,0% (n=205) van de gedwongen opnames sprake van middelenmisbruik. In 65,0% van deze 205 gevallen is middelenmisbruik de aanleiding voor de gedwongen opname. 52,0% van de gevallen van middelenmisbruik hebben te maken met alcohol, 47,0% heeft te maken met illegale drugs en 14,0% met medicatie. Tegenover de voorgaande jaren is het aandeel van illegale drugs toegenomen (47,0% in 2003, 39,0% in 2002, 2001 en 2000).

Claeys e.a. (2004) vergeleken de gedwongen opnames in de provincie Vlaams-Brabant en Limburg. In 2003 heeft in Vlaams-Brabant 26,2% van de gedwongen opnames te maken met een aan een middel gebonden stoornis: 18,1% betreft afhankelijkheid of misbruik van alcohol, 4% gaat om afhankelijkheid of misbruik van drugs en 4,7% zijn stoornissen gebonden aan drugs/medicatie. Middelengebonden stoornissen zijn de tweede grootste groep van hoofddiagnosen, na schizofrenie en andere psychotische stoornissen (37,6%), binnen de gedwongen opnames in Vlaams-Brabant. In de pro-

vincie Limburg vormen de aan een middel gebonden stoornissen de voornaamste hoofddiagnose bij de gedwongen opnames in 2003 (34,3%): bij 10% wordt de diagnose afhankelijkheid of misbruik van alcohol gesteld, bij 10% afhankelijkheid of misbruik van drugs en in 14,3% van de gevallen gaat het om stoornissen gebonden aan drugs/medicatie.

## 2.1.2 Hulpvraag en zorgbehoefte

In Limburg trachtte men via een kwalitatief onderzoek de noden en verzuchtingen van thuisloze druggebruikers in kaart te brengen (Follon, 2004). Een afhankelijkheidsproblematiek bemoeilijkt immers vaak de 'plaatsing' van thuislozen in de hulpverlening. Alle respondenten in dit onderzoek gebruiken drugs. De meesten gebruiken heroïne. In de praktijk gaat het meestal om polytoxicomanen.
De grote meerderheid van de respondenten is het inhoudelijk eens met de items in de vragenlijst in verband met hun noden en behoeften (tabel 61). Voor 9 van de 14 items ligt het percentage hoger dan 60%. Als er een slaaphuis in de regio was, zou de meerderheid daar gebruik van maken (item 1). De respondenten verwachten niet dat een laagdrempelig slaapinitiatief volledig gratis is (item 9). Toch is de dagprijs in de huidige opvangcentra volgens hen veel te hoog (item 7). Een slaaphuis op zich is onvoldoende. Ze zijn ook vragende partij voor een ontmoetingsruimte waar ze overdag kunnen verblijven (item 14).
7 op 10 vinden de voorwaarden die gesteld worden om opgenomen te worden in een opvangcentrum te streng (item 4). Bovendien ervaart de meerderheid dat die centra constant vol zitten (item 3).
Uit de vragenlijst blijkt verder dat de meesten het moeilijk hebben om een goede goedkope woning te vinden (item 10) en dat er problemen opduiken met de huurwaarborg van het OCMW (items 11 en 12). Bijna 6 op 10 mensen zien kraken dan ook als een (nood)oplossing (item 13).

**Tabel 61**
***Noden en behoeften van thuisloze druggebruikers in de provincie Limburg***

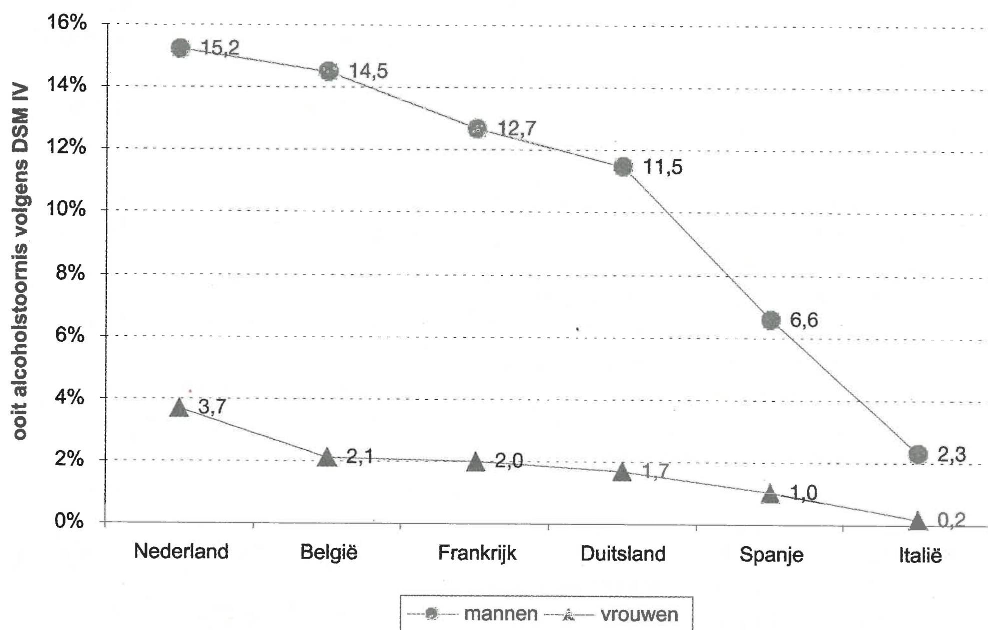
| | helemaal eens + eens | geen mening | oneens + helemaal oneens |
|---|---|---|---|
| 1. Als er een slaaphuis is in regio Genk-Hasselt, ga ik daarheen als ik dakloos ben. | 64,5% | 9,7% | 25,8% |
| 2. Opvangcentra als 't Volkshuis, De Oude Burelen, Pergo, De Biehal, Westhuis,... kunnen mij helpen mijn administratie in orde te brengen. | 56,3% | 12,5% | 31,3% |
| 3. Ik kan niet in een opvangcentrum terecht want dat is constant vol. | 79,3% | 13,7% | 6,9% |
| 4. De voorwaarden (bv. geen zware verslaving hebben, verplicht begeleiding volgen) om opgenomen te worden in een opvangcentrum, vind ik te streng. | 71,0% | 12,9% | 16,1% |
| 5. Ik vind dat de regels rond druggebruik (bv. geen gebruik in huis, geen overlast bezorgen) in de opvangcentra te streng zijn. | 50,0% | 20,0% | 30,0% |
| 6. De opvangcentra kunnen mij helpen om een andere huisvesting te vinden. | 51,6% | 12,9% | 35,5% |
| 7. Ik vind de dagprijs (± 20 EUR) in de opvangcentra zo hoog dat je niets meer kan sparen. | 86,7% | 10,0% | 3,3% |
| 8. Ik ga er niet mee akkoord dat het opvangcentrum mijn geld tijdelijk beheert. | 58,1% | 22,6% | 19,4% |
| 9. Als ik dakloos ben, wil ik 3 EUR betalen om ergens menswaardig te kunnen slapen. | 96,8% | 3,2% | 0,0% |
| 10. Ik kan geen goede kamer vinden onder de 250 EUR per maand. | 87,1% | 6,5% | 6,5% |
| 11. Ik stel vast dat het bedrag dat het OCMW mij geeft voor de huurwaarborg te laag is. Ik kan daarmee geen kamer/studio huren. | 74,2% | 22,6% | 3,2% |
| 12. Ik heb ervaren dat huurbazen niet willen verhuren aan mensen die zich met een huurwaarborg van het OCMW aanbieden. | 83,9% | 12,9% | 3,2% |
| 13. Voor mij is kraken een oplossing. | 58,1% | 25,8% | 16,1% |
| 14. Als er een ontmoetingsruimte is voor dakloze druggebruikers, ga ik daarheen. | 71,0% | 16,1% | 12,9% |

Bron: Follon, 2004

## 2.2 Problematisch alcoholgebruik

In de 'European Study on Epidemiology of Mental Disorders' (ESEMeD) werd de prevalentie van mentale stoornissen waaronder alcoholgerelateerde stoornissen nagegaan in de bevolking van 6 Europese landen. Grafiek 38 toont hoeveel mannen en vrouwen gedurende hun leven een alcoholgerelateerde stoornis hadden volgens de DSM-IV-criteria (Europese commissie, 2004).

**Grafiek 38**
***alcoholgerelateerde stoornissen in 6 Europese landen***




Bron: Europese commissie, 2004

Volgens de resultaten van de ESEMeD studie had 1,8% van de Belgische niet-geïnstitutionaliseerde bevolking van boven de 18 jaar in de 12 maanden voor het interview een alcoholgerelateerde stoornis (Bruffaerts e.a., 2004b).
Onafhankelijk van de aanwezigheid van een mentale stoornis raadpleegde 9% van de respondenten een professionele hulpverlener om emotionele redenen. Personen met een stemmingsstoornis raadpleegden het meest professionele hulp (43,2%), gevolgd door personen met een angststoornis (38,1%) en vervolgens door personen met een alcoholgerelateerde stoornis (16,5%).
Van de personen met een alcoholgerelateerde stoornis raadpleegde 16,5% een professionele hulpverlener (tabel 62). Dit betekent dat het grootste deel van de alcoholgerelateerde stoornissen niet worden behandeld (ongeveer 8 op 10). Meer dan de helft raadpleegde een huisarts en een psychiater. Een kwart deed enkel een beroep op een psychiater.

**Tabel 62**
***Personen met een alcoholgerelateerde stoornis die professionele hulp zoeken***

| | % |
|---|---|
| enkel huisarts | 10,1 |
| enkel psycholoog | 10,8 |
| enkel psychiater | 23,3 |
| huisarts + psychiater | 55,8 |
| andere | 0,0 |
| **totaal** | **16,5** |

Bron: Bruffaerts e.a., 2004b

Personen met een alcoholgerelateerde stoornis kregen het vaakst een strikt medicamenteuze behandeling (53,0%) (tabel 63) (Bruffaerts e.a., 2004b). 36,1% kreeg een combinatie van medicamenteuze en psychologische behandeling.

**Tabel 63**
***Gekregen behandeling na het zoeken van professionele hulp door personen met een alcoholgerelateerde stoornis***

| | % |
|---|---|
| enkel medicamenteuze behandeling | 53,0 |
| enkel psychologische behandeling | 10,8 |
| medicamenteuze én psychologische behandeling | 36,1 |
| geen behandeling | 0,0 |
| **totaal** | **16,5** |

Bron: Bruffaerts e.a., 2004b

De DrugLijn kan een eerste stap zijn in het zoeken naar hulp voor een alcoholprobleem. In 2003 ging 19% van de gesprekken bij de DrugLijn over alcohol (VAD, 2004).

Een onderzoek bij Belgische huisartsen bracht aan het licht dat psychiatrische stoornissen vaak voorkomen bij patiënten die een huisarts consulteren (Ansseau e.a., 2004). In 5,4% van de gevallen werd de huisarts geconsulteerd voor een psychiatrisch probleem. Het PRIME-MD screeningsinstrument[81] detecteerde een psychiatrische stoornis bij 42,5% van de steekproef: 43,8% van de vrouwen en 40,8% van de mannen. Alcoholstoornis (alcoholmisbruik of -afhankelijkheid) kwam voor in 10,1% van de steekproef. Dit kwam frequenter voor bij mannen (18,6%) dan bij vrouwen (4,1%). Een alcoholstoornis werd frequent geassocieerd met ofwel een somatische of een stemmingsstoornis ofwel een angststoornis.

---

[81] PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) is een gestandaardiseerd instrument om mentale stoornissen op te sporen in de eerstelijnszorg of in de algemene bevolking.

In de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) werden in 2003 2.968 nieuwe zorgperiodes opgestart waarvan de diagnose op de eerste as van de DSM-IV een aan een middel gebonden stoornis was: 759 vrouwen en 2.209 mannen (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2004). In 2003 werden 1.535 zorgperiodes opgestart voor een aan alcohol gebonden stoornis. Het ging om 1.082 zorgperiodes van mannen en 453 zorgperiodes van vrouwen. Alcohol is het enige product waarvoor zich ook oudere cliënten aandienen. 105 zorgperiodes hebben betrekking op personen van 60 jaar of ouder.

Uit de registratiegegevens van de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) blijkt dat alcohol niet zo vaak als eerste product genoemd wordt (Thienpont & van Zuijlen, 2004). Bij 3,6% van de cliënten is alcohol het voornaamste product. Dit heeft uiteraard te maken met het feit dat enkel centra met een RIZIV-conventie[82] zijn opgenomen in dit registratiesysteem. Volgens de RIZIV-overeenkomst zijn de centra primair gericht op cliënten met illegaledrugproblemen. Behandeling van alcoholproblemen komt in deze centra niet op de eerste plaats. Alcohol wordt meer als tweede (7,3%) of als derde (7,8%) product genoemd.

In De Sleutel was alcohol in 2003 voor 2,5% van de aanmeldingen het voornaamste product (Raes & Lombaert, 2004). Voor 10,3% van de cliënten in het langdurig residentieel groepsprogramma waren alcohol plus drugs het voornaamste product.

## 2.3 Mensen met medicatieproblemen in de hulpverlening

De afhankelijkheid van geneesmiddelen is een ietwat andere problematiek in vergelijking met alcohol of illegale drugs omdat het hier om legaal verstrekte producten gaat die vaak door een arts zijn voorgeschreven. Anthierens e.a. (2004) gingen in hun onderzoek via focusgroepen na hoe huisartsen en specialisten staan tegenover het voorschrijven van benzodiazepines en het gebruik van niet-medicamenteuze alternatieven. De specialisten blijken niet erg bezig te zijn met de problematiek van het eerste benzodiazepinevoorschrift. Slaapstoornissen en angst zijn voor hen secundaire problemen naast de aandoening waarvoor de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen. Slaapstoornissen worden in de ziekenhuissetting vaak opgelost met benzodiazepines zodat het verplegend personeel zich verder met dringendere zaken kan bezighouden. In de gespecialiseerde geneeskunde zijn er duidelijke indicaties wanneer een benzodiazepinebehandeling kan gestart worden, namelijk: premedicatie bij een chirurgische ingreep, een paraklinisch onderzoek of een dialyse, alcoholontwenning, controle van epilepsie, enzovoort. Specialisten kennen niet veel niet-medicamenteuze alternatieven voor benzodiazepines en vinden deze in een ziekenhuiscontext ook minder bruikbaar. Huisartsen voelen zich meer betrokken bij de problematiek van het eerste benzodiazepinevoorschrift. Zij zien heel wat patiënten met slaap- of angststoornissen of patiënten die een benzodiazepinevoorschrift willen en zij hebben vaker te maken met patiënten die langdurig benzodiazepines nemen.

---

[82] Een aantal gespecialiseerde hulpverleningscentra hebben met het RIZIV een 'revalidatieakkoord' afgesloten (Sleiman, 2004). De meeste centra zijn exclusief georiënteerd op mensen met illegaledrugproblemen. Sommige centra hebben een clausule in hun akkoord opgenomen waardoor ze een beperkt aantal personen kunnen opnemen met primaire alcoholproblemen.

Met vragen of problemen over medicatie kunnen mensen bij de DrugLijn terecht. In 2003 komt in 7% van de gesprekken medicatie aan bod (VAD, 2004).

In 2003 werden er in de CGG 96 nieuwe zorgperiodes voor stoornissen in verband met slaap- en kalmeringsmiddelen opgestart voor 48 mannen en evenveel vrouwen (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2004). Het gaat om 82 zorgperiodes voor 18-59-jarigen en 13 zorgperiodes voor cliënten van 60 jaar en ouder.

Voor 1,2% van de cliënten die in de VVBV-registratie zijn opgenomen zijn slaap- en kalmeringsmiddelen het voornaamste product (Thienpont & van Zuijlen, 2004). Als tweede (7,6%) en vooral als derde (9,8%) product krijgen slaap- en kalmeringsmiddelen een hogere score. Net zoals alcohol zijn slaap- en kalmeringsmiddelen vaak niet het voornaamste product waarvoor mensen een beroep doen op deze hulpverleningscentra. Dit heeft alweer te maken met RIZIV-conventie waaraan deze centra zijn onderworpen.

In De Sleutel was medicatie in 2003 voor 2,4% van de aanmeldingen het voornaamste product (Raes & Lombaert, 2004). Medicatie als voornaamste product komt vooral voor in de module laagdrempelige opvang (10%).

## 2.4 De behandeling van gebruikers van illegale drugs

In de Europese Unie schat men het aantal problematische druggebruikers tussen de 1 en de 1,5 miljoen (EWDD, 2003). Dit betekent 2 tot 10 personen per 1.000 inwoners in de leeftijdscategorie 15 tot 64 jaar. Het gaat meestal om gebruik van opiaten. Onder problematisch druggebruik verstaat het EWDD injecterend of langdurig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamines. De prevalentie van problematisch druggebruik is het hoogst in Italië, Luxemburg, Portugal en het Verenigd Koninkrijk (6 tot 10 personen per 1.000 inwoners in de leeftijdscategorie 15 tot 64 jaar). Het laagst is de prevalentie van problematisch druggebruik in Duitsland, Nederland en Oostenrijk (ongeveer 3 personen per 1.000 inwoners in de leeftijdscategorie 15 tot 64 jaar). Voor België zijn er geen nieuwe gegevens beschikbaar.

50 à 70% van de druggebruikers wordt behandeld voor het gebruik van opiaten (EWDD, 2003). Cannabis is in veel landen de tweede belangrijkste drug waarvoor mensen in behandeling gaan. Vooral bij nieuwe cliënten is het percentage cannabisgebruikers hoog (25%). Veel lidstaten van de Europese Unie zien de laatste jaren een toename in het aantal cannabisgebruikers, vooral bij de nieuwe cliënten. Het aantal opiaatgebruikers in de hulpverlening neemt dan weer af.

In België bestaat er geen nationaal registratieprogramma voor de behandeling voor middelengebruik. Ook voor Vlaanderen worden registratiedata uit de hulpverlening niet gebundeld. De laatste gegevens van de Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM) dateren van 1999. Sindsdien werden de data voor Vlaanderen niet meer gerapporteerd. Om de kenmerken van personen met problemen met middelengebruik weer te geven kunnen we gegevens sprokkelen uit diverse registratiesystemen die hierover informatie bijhouden: de DrugLijn, de registratie van de CGG's, de VVBV-registratie, de evaluatiedata van het spuitenruilproject, De Sleutel. Daarnaast kunnen we terugvallen op onder-

zoeksgegevens over het zorggebruik in Oost-Vlaanderen, over methadonverstrekking in Vlaams-Brabant en over methadonverstrekking door apothekers.

Cannabis is al van bij de start van de DrugLijn de meest besproken drug. In 2003 gaan 4 op 10 oproepen van de DrugLijn over cannabis (41,0%) (VAD, 2004). Stimulerende synthetische drugs zoals speed (amfetamines), XTC en aanverwante vormen na cannabis de tweede belangrijkste categorie illegale drugs. In 2003 zijn er minder vragen over XTC en aanverwante (8,0% in 2003 tegenover 11,0% in 2002). Het percentage vragen over cocaïne is van 11,0% naar 14,0% gestegen tussen 2002 en 2003.

### 2.4.1 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

In de CGG's meldden zich in 2002 12,1% van de cliënten aan met de problematiek 'afhankelijkheid van middelen' (VVGG, 2004). Van de +18-jarigen meldt zich 15,5% aan met een afhankelijkheidsproblematiek, van de jongeren 3,3%. De registratie van de klachten door de hulpverlener gebeurt op basis van de DSM-IV criteria. Volgens deze criteria komt een aan een middel gebonden stoornis voor bij 15% van de populatie: 19% bij de volwassenen en 4% bij de jongeren (0-17 jaar).

In 2003 werden er in de CGG 662 nieuwe zorgperiodes opgestart waarvan de diagnose op de eerste as van de DSM-IV een aan cannabis gebonden stoornis was (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2004). Het gaat om 566 zorgperiodes voor mannen en 96 voor vrouwen (tabel 64). In 11 zorgperiodes is de cliënt jonger dan 18 jaar. 212 nieuwe zorgperiodes werden opgestart voor een stoornis gebonden aan amfetamines: 156 bij mannen en 56 bij vrouwen. 13 zorgperiodes betreffen jongeren jonger dan 18 jaar. Voor een stoornis gebonden aan opiaten werden in 2003 141 nieuwe zorgperiodes opgestart, bij 112 mannen en bij 29 vrouwen. 127 nieuwe zorgperiodes betroffen een stoornis in verband met het gebruik van cocaïne (95 mannen, 32 vrouwen). 100 nieuwe zorgperiodes in 2003 betreffen een stoornis door het gebruik van verschillende middelen (81 bij mannen en 19 bij vrouwen).

**Tabel 64**
***Aantal opgestarte zorgperiodes in de CGG volgens middelgebonden stoornis (2003)***

| | man | vrouw |
|---|---|---|
| cannabis | 566 | 96 |
| amfetamines | 156 | 56 |
| cocaïne | 95 | 32 |
| hallucinogenen | 10 | 0 |
| fencyclidine | 44 | 15 |
| opiaten | 112 | 29 |
| verschillende middelen | 81 | 19 |

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2004

### 2.4.2 Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV)

Van de cliënten die in 2003 geregistreerd worden in het kader van de VVBV-registratie vermeldt 48,4% opiaten als voornaamste product (Thienpont & van Zuijlen, 2004). Het gaat dan vooral om heroïnegebruik (43,4%). Stimulerende middelen worden door 27,3% van de populatie als voornaamste product gebruikt. Cocaïne (14,4%) wordt dan iets meer genoemd dan amfetamines (11,4%). 18,6% gebruikt cannabis als voornaamste product.
Tussen de verschillende centra zijn er op dit vlak verschillen. In de MSOC's en in de residentiële behandelingscentra scoren opiaten het hoogst als voornaamste product. Stimulantia worden het meest als voornaamste product aangegeven in de dagcentra en in de crisisprogramma's. In de dagcentra vermeldt 31,0% van de cliënten cannabis als eerste product.
Drie vierde van de cliënten gebruikt het voornaamste product meerdere malen per week. In de MSOC's noteert men het grootste aantal dagelijkse gebruikers (77,2%).
Als tweede product worden stimulantia het vaakst vermeld (46,9%). 15,2% van de cliënten gebruikt cannabis als tweede product. Stimulantia worden ook vaak gebruikt als derde product (33,9%).
47,8% van de populatie heeft ooit geïnjecteerd. Van de cliënten in de MSOC's heeft 66,5% ooit geïnjecteerd, van de cliënten in de residentiële behandelingscentra 62,8%.

### 2.4.3 Spuitenruil

Het initiatief spuitenruil wordt jaarlijks geëvalueerd (Windelinckx, 2004). Uit de gegevens van 2003 blijkt dat 95,5% van de respondenten de laatste 4 weken geïnjecteerd had. De meeste deelnemers zijn mannen (78,6%). 66,4% is ouder dan 30 jaar. Ongeveer de helft woont alleen. 7,1% is dakloos. De producten die hoofdzakelijk geïnjecteerd worden zijn opwekkende middelen (cocaïne of speed) (39,4%), gevolgd door opiaten (36,8%). Polydruggebruik overweegt: gemiddeld gebruiken de respondenten 5 producten.
Heroïne blijft het meest gebruikte product (tabel 65). Cocaïne volgt op de voet. Methadon, cannabis en amfetamines staan op de derde plaats qua gebruik. 3 respondenten op 10 injecteren amfetamines. Een kwart van de gebruikers injecteerde een cocktail, meestal is dat heroïne en cocaïne. De helft gebruikt kalmerings- of slaapmiddelen en 4 op 10 gebruikers zoekt zijn toevlucht tot alcohol.

**Tabel 65**
***Welke producten werden de afgelopen 4 weken gebruikt en gespoten[83] (2003)***

| product | gebruikt | | gespoten | |
|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % |
| heroïne | 119 | 76,0 | 100 | 64,5 |
| cocaïne | 104 | 67,0 | 89 | 57,4 |
| methadone/temgesic | 94 | 60,6 | 10 | 6,5 |
| amfetamines | 94 | 60,6 | 46 | 29,6 |
| cannabis | 94 | 60,6 | 0 | 0,0 |
| kalmerings- of slaapmiddelen | 81 | 52,2 | 3 | 1,9 |
| alcohol | 65 | 41,9 | 1 | 0,6 |
| cocktail | 39 | 25,1 | 41 | 26,4 |
| tripmiddelen | 36 | 23,0 | 3 | 1,9 |
| steroïden | 6 | 3,8 | 1 | 0,6 |

Bron: Windelinckx, 2004

62,6% zegt gedurende de laatste 4 weken geen injectiemateriaal gedeeld te hebben (Windelinckx, 2004). Dat betekent dat 37,4% toch nog risicogedrag blijft stellen. Het delen van een lepel komt vaker voor: 46,5% trok in de laatste 4 weken minstens 1 keer op uit een lepel die iemand anders reeds had gebruikt. Het risicogedrag met betrekking tot het delen van filtermateriaal komt eveneens meer voor (36,8%). 70,1% deelde de afgelopen 4 weken geen water met iemand anders voor het uitspoelen van spuiten.
De meeste respondenten halen hun spuiten bij de spuitenruilpunten (72,3%), de apotheker (51,3%) of de drughulpverlening (26,2%). 98,6% van de respondenten haalt spuiten voor zichzelf. 31,4% neemt ook spuiten mee voor vrienden of voor de partner (26,1%).

98 respondenten (63,2%) volgen op het moment van de bevraging een behandeling (Windelinckx, 2004). 76,5% volgt een behandeling in een MSOC, 68,3% volgt een methadonprogramma en 9,2% is in privé-behandeling bij de huisarts of een psychiater.

## 2.4.4 Oost-Vlaanderen: kenmerken, zorggebruik en uitstroom

Tijdens het registratieonderzoek van Vanderplasschen e.a. (2003) werden 1.963 opstart- en instroomformulieren ingevuld voor 1.500 unieke cliënten: 55,0% in een residentiële voorziening en 45,0% in een ambulant centrum. De meeste cliënten werden geregistreerd in de residentiële centra voor kortdurende opvang (29,8%) en in de ambulante centra voor psychosociale opvang (27,7%).
Eén vijfde van de cliënten zijn vrouwen (20,2%) tegenover 79,8% mannen. De meeste cliënten zijn tussen 20 en 24 jaar (30,2%) en tussen 25 en 29 jaar (23,3%) (tabel 66). Meer dan 15% is jonger dan 20 jaar. In de ambulante centra voor psychosociale opvang is 12,5% van de geregistreerde cliënten minderjarig. De gemiddelde leeftijd van alle cliënten is 26,5 jaar.

[83] De percentages zijn berekend op het aantal respondenten die deze vraag invulden namelijk N=155.

## Tabel 66
***Leeftijdverdeling volgens het type voorziening in Oost-Vlaanderen (2001-2002)***

| | ambulant | | residentieel | |
|---|---|---|---|---|
| | psychosociaal | medisch-sociaal | kortdurend | langdurend |
| < 15 jaar | 0,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 15-17 jaar | 11,9 | 1,8 | 4,5 | 7,5 |
| 18-19 jaar | 14,9 | 5,1 | 11,1 | 7,9 |
| 20-24 jaar | 31,8 | 28,6 | 30,2 | 28,3 |
| 25-29 jaar | 18,8 | 24,6 | 23,7 | 28,3 |
| 30-34 jaar | 10,1 | 16,6 | 17,3 | 12,4 |
| 35-39 jaar | 5,4 | 17,0 | 7,9 | 10,7 |
| > 40 jaar | 6,5 | 6,3 | 5,3 | 4,9 |

Bron: Vanderplassen e.a., 2003

83,2% van de cliënten zijn polydruggebruikers (Vanderplasschen e.a., 2003). Daarnaast werden meestal opiaten (26,7%) en cannabis (14,3%) aangeduid als voornaamste product. 79,8% gebruikt of is afhankelijk van cannabis (tabel 67). Twee derde (66,4%) gebruikt of is afhankelijk van opiaten. Alcohol komt op de derde plaats met 60,0% cliënten die alcohol gebruiken of ervan afhankelijk zijn.

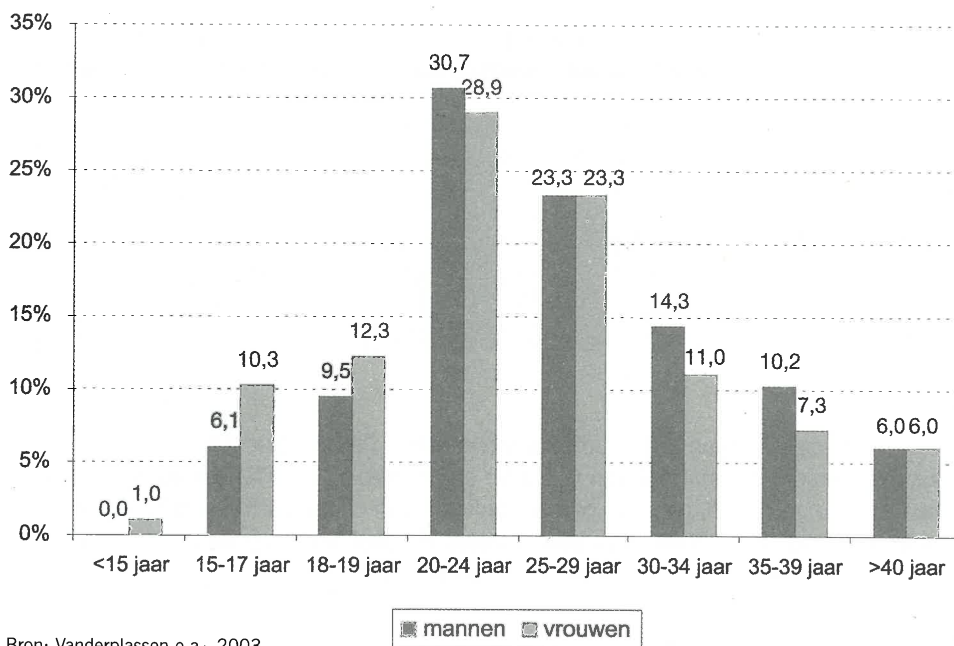
## Tabel 67
***Productgebruik van de geregistreerde cliënten in Oost-Vlaanderen (2001-2002)***

| | gebruik | afhankelijkheid | gebruik of afhankelijkheid |
|---|---|---|---|
| alcohol | 45,0 | 15,0 | 60,0 |
| amfetamines | 21,8 | 14,0 | 35,8 |
| cannabis | 50,7 | 29,1 | 79,8 |
| cocaïne | 30,9 | 24,5 | 55,4 |
| hallucinogenen | 7,7 | 0,8 | 8,5 |
| opiaten | 17,3 | 49,1 | 66,4 |
| methadon | 15,0 | 20,8 | 35,8 |
| hypnotica-sedativa | 24,6 | 21,2 | 45,8 |
| XTC | 24,6 | 7,0 | 31,6 |

Bron: Vanderplassen e.a., 2003

Cliënten die alcohol, opiaten, methadon of slaap- en kalmeringsmiddelen gebruiken of ervan afhankelijk zijn, zijn significant ouder (Vanderplasschen e.a., 2003). Cliënten die amfetamines, cannabis, hallucinogenen of XTC gebruiken of ervan afhankelijk zijn, zijn significant jonger. Cocaïnegebruik en cocaïneafhankelijkheid komt in alle leeftijdsgroepen voor.
41,4% van de geregistreerde cliënten heeft ooit geïnjecteerd en 29,8% deed dat ook het afgelopen jaar.
Eén vijfde van de geregistreerde cliënten is vrouw. Bij vrouwen zien we een hoger percentage minderjarigen dan bij mannen (grafiek 39).

**Grafiek 39**
***Geslachtsverdeling per leeftijdscategorie in Oost-Vlaanderen (2001-2002)***




Bron: Vanderplassen e.a., 2003

Mannen gebruiken vaker alcohol dan vrouwen (47,5% tegenover 34,8%) en er zijn meer mannen dan vrouwen afhankelijk van cannabis (31,7% tegenover 18,1%) (Vanderplasschen e.a., 2003). Bij vrouwen wordt iets meer gebruik van opiaten (21,4% tegenover 16,3%) of afhankelijkheid van opiaten vastgesteld (50,8% tegenover 48,6%). Vrouwen wenden zich vaker tot MSOC's (19,9% vrouwen tegenover 16,6% mannen) en tot langdurige residentiële opvang (27,9% vrouwen tegenover 24,7% mannen).

27,3% van de geregistreerde cliënten deed voor het eerst beroep op de hulpverlening (Vanderplasschen e.a., 2003). 42% was op eigen initiatief of door advies van de omgeving bij de organisatie terechtgekomen. Een vijfde werd doorverwezen door politie of justitie (19,5%) en 15,9% was doorverwezen door de gespecialiseerde drughulpverlening. In 4 op 5 gevallen leidde het intakegesprek tot de start van een behandeling, in 8% van de gevallen werd er direct en gericht doorverwezen en bij 11% van de cliënten werd er aan de intake geen gevolg gegeven. Een vierde (28,2%) van de opgestarte behandelingen was op 30 november 2002 afgerond in onderling overleg, een kwart was nog bezig (24,8%) en in 45,7% van de gevallen werd de behandeling voortijdig en eenzijdig stopgezet. In driekwart van de gevallen waar de behandeling in wederzijds overleg wordt stopgezet, wordt er nog verdere hulpverlening voorzien.
44 cliënten (2,9%) beantwoordden aan de criteria van draaideurcliënt[84] (Vanderplasschen e.a., 2003). Hun gemiddelde leeftijd is 24,6 jaar. Het gaat om 36

[84] Een persoon die tijdens de registratieperiode van 6 maanden in 3 of meer voorzieningen werd geregistreerd.

mannen en 8 vrouwen. 41 van deze cliënten gebruikten meer dan één product of waren van meer dan één product afhankelijk. Zij gebruikten significant vaker cocaïne en opiaten of waren ervan afhankelijk. Ze hadden al vaker geïnjecteerd en ze hebben een uitgebreider hulpverleningsverleden. Bijna 90% van de vragen naar behandeling van draaideurcliënten wordt geregistreerd in de residentiële hulpverleningsvoorzieningen.

Eén vijfde van de geregistreerde cliënten (19,6%) werd door een justitiële of politionele instantie verwezen naar de drughulpverlening (Vanderplasschen e.a., 2003). Het gaat dan om politie (19,6%), probatie (16,5%), andere justitiële instanties (16,5%), gevangenis (15,4%), jeugdrechtbank (15,1%) en justitiehuis (9,5%). Meer mannen dan vrouwen worden door justitie doorverwezen (20,2% tegenover 17,6%). Cliënten jonger dan 20 jaar worden vaker verwezen door justitie in vergelijking met de andere cliënten. Deze cliënten gebruiken significant vaker alcohol, amfetamines of XTC of zijn afhankelijk van amfetamines of XTC.

### 2.4.5 Vlaams-Brabant: methadonverstrekking

Om een zicht te krijgen op het aantal methadonpatiënten in Vlaams-Brabant en de wijze waarop de methadonbehandeling in de praktijk verloopt, zette het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg van Vlaams-Brabant, samen met de farmaceutische inspectie, een schriftelijke enquête op bij apothekers in de regio (Vranckx e.a., 2004). 70% van de apothekers die op de enquête antwoordden, kocht in 2000 geen methadongrondstof aan. 79 apothekers deden dat wel. Gemiddeld kocht elke apotheker 20,8 gram methadongrondstof. In 2000 kochten 33 apothekers minstens 1 verpakking Mephenon®. In totaal werden er eind 2000 143 methadonpatiënten gesignaleerd door de apothekers in Vlaams-Brabant: 75 in het arrondissement Halle-Vilvoorde en 68 in het arrondissement Leuven. 69% van de apothekers zegt geen methadonpatiënt te hebben. Bij de behandeling van de 143 methadonpatiënten zijn 82 verschillende artsen betrokken.
De dagdosis methadon aan het begin van de behandeling bedraagt in 32% van de gevallen niet meer dan 30 mg. Voor 27% wordt een dosis tussen 41 en 60 mg gegeven. De gemiddelde dagdosis bij de aanvang van een behandeling bedraagt 58 mg. De huidige dagdosis methadon bedraagt voor de grootste groep (53%) niet meer dan 30 mg. Gemiddeld bedraagt de huidige dagdosis methadon in de provincie Vlaams-Brabant 53 mg. Methadonpatiënten blijven gemiddeld 1,8 jaar in behandeling. 9,4% blijft langer dan 5 jaar in behandeling. In het arrondissement Leuven wordt 66% van de methadon verstrekt als siroop, in het arrondissement Halle-Vilvoorde zijn capsules iets populairder (67%).

### 2.4.6 De Sleutel

In 2003 waren er 2.955 aanmeldingen in De Sleutel, waarvan 1.420 in een ambulant centrum, 1.306 in het crisiscentrum, 153 in één van de jongerenprogramma's en 76 rechtsreeks in de therapeutische gemeenschap voor dubbele diagnose (Raes & Lombaert, 2004). Het gaat meestal om mannen (84,0%). De gemiddelde leeftijd is 25,2 jaar. In de jongerenprogramma's is de gemiddelde leeftijd bij aanmelding 16 jaar. Bij 28,6% van de aanmeldingen ontbreekt informatie over het middelengebruik. Van

de resterende aanmeldingen is 29% toe te schrijven aan het gebruik van opiaten, 28,3% aan cannabisgebruik en 15% aan het gebruik van cocaïne.
In De Sleutel is het hulpverleningsaanbod georganiseerd in modules[85]. In de module individuele behandeling wordt cannabis het meest gescoord als voornaamste product (26,9%). Dat is ook het geval in de module motivatie (26,7%). In de module dagopvang is heroïne (41,3%) het vaakst het voornaamste product, evenals in de modules substitutiebehandeling (48,1%), laagdrempelige opvang (40,0%) en crisiscentrum (40,4%). In het langdurig residentieel groepsprogramma wordt polydruggebruik het vaakst als 'voornaamste product' aangeduid (36,1%).
Het hoogste percentage ooit-gespoten zien we bij de cliënten uit de modules langdurig residentieel groepsprogramma (70,0%) en laagdrempelige opvang (63,3%).

### 2.4.7 De aflevering van methadon door apothekers

795 apothekers participeerden aan het actie-onderzoek van de Algemene Pharmaceutische Bond over de aflevering van methadon: 397 uit Wallonië en 398 uit Vlaanderen (Ledoux, 2003). In de Franse Gemeenschap hadden 352 apothekers ooit een methadonpatiënt, in de Vlaamse Gemeenschap kregen 252 er ooit mee te maken. 287 Waalse apothekers hadden op het moment van het onderzoek een methadonpatiënt in hun praktijk. Dat was het geval voor 133 Vlaamse apothekers. Uiteindelijk evalueerden de Franstalige apothekers 1.003 methadonpatiënten en de Nederlandstalige 232 patiënten.

Voor 18,2% van de patiënten is er dagelijkse aflevering van methadon (in Vlaanderen geldt dat voor 60,0% van de patiënten, in Wallonië voor 8,7% van de patiënten) (Ledoux, 2003). 10,1% gebruikt de methadon ter plaatse (in Vlaanderen gebruikt 41,3% ter plaatse en in Wallonië 3,1%). In Vlaanderen wordt methadon vooral onder de vorm van siroop verstrekt (79,6%), in Wallonië vooral in capsules (76,8%). Ongeveer een kwart van de patiënten laat de methadon door iemand anders afhalen. Bij 11,3% gebeurt dat door de moeder.

De gemiddelde leeftijd van de geëvalueerde patiënten is in Vlaanderen 30 jaar en in Wallonië 32 jaar (Ledoux, 2003). Gemiddeld hebben de apothekers al 32 maanden contact met de methadonpatiënten. Een derde van de patiënten heeft minder dan één jaar contact met de apotheker, 21% komt al meer dan 4 jaar langs. Op het moment van de studie krijgt bijna twee derde van de Vlaamse patiënten en bijna de helft van de Waalse patiënten een dosis van 40 mg of minder. De gemiddelde dosis bedraagt 47 mg.

De methadonpatiënten zelf werden in een tweede luik van het onderzoek bevraagd over hun ervaringen met methadon en methadonverstrekking (Ledoux, 2003). 408 methadonpatiënten namen aan dit tweede onderzoeksluik deel en vulden een evaluatie-

[85] Een module is een systematisch en coherent geheel van zorg- en behandelingsactiviteiten met een specifieke functie ten aanzien van cliënten, met specifieke karakteristieken qua aantal en aard van de probleemgebieden en qua motivationele status.

enquête in: 74,3% mannen en 25,7% vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 31,5 jaar. De patiënten in Vlaanderen zijn gemiddeld jonger dan de patiënten in Wallonië (29,2 versus 32,5 jaar). 17,5% is van niet-Belgische afkomst. 25,0% heeft enkel een diploma van basisonderwijs. De meeste patiënten komen uit een arbeidersmilieu: 60,8% heeft een vader die arbeider was. 27,7% woont alleen. 36,6% heeft een partner die ook in substitutiebehandeling is. 43,5% heeft een partner die geen drugs gebruikt. 36,5% van de patiënten heeft een arbeidsinkomen. 56,0% krijgt een socialezekerheidsuitkering (werkloosheid, invaliditeit, bestaansminimum). 12,9% van de patiënten heeft nog nooit gewerkt. De helft van de patiënten heeft een instellingsverleden (opvangtehuis of gevangenis).
56,4% van de patiënten gaan naar een privé-huisarts voor hun medische consultatie. Dat is meer het geval in Wallonië dan in Vlaanderen (56,4% versus 34,4%). In Vlaanderen ziet 36,7% van de patiënten een arts in het MSOC.

De patiënten zijn gemiddeld op 20,4 jaar heroïne gaan gebruiken (Ledoux, 2003). 44,7% heeft ervaring met injecteren. 15,6% injecteert nog steeds. Het eerste gebruik van methadon situeert zich gemiddeld op 25,7 jaar. Vlaamse patiënten zijn gemiddeld vroeger gestart met methadon dan patiënten uit Wallonië (24 jaar versus 26 jaar).
42,5% gebruikte de afgelopen drie maanden heroïne (56,2% in Vlaanderen en 42,5% in Wallonië). 18,1% gebruikt dagelijks heroïne, 36,8% meer dan 1 keer per week, 30,3% meer dan 1 keer per maand en 14,8% minder dan 1 keer per maand.
De laatste 3 maanden gebruikte 28,8% van de patiënten cocaïne, een vierde van hen injecteert cocaïne.
Andere producten die de afgelopen drie maanden werden gebruikt zijn: tabak (92,4%), cannabis (60,8%), alcohol (55,8%), benzodiazepines (36,6%), antidepressiva (24,1%), XTC (7,2%), amfetamines (4,3%). 10,0% van de patiënten gebruikte de laatste 3 maanden geen andere drug.

## 2.5 De hulpvraag bij gokproblemen[86]

Uit het onderzoek van Minet e.a. (2004) blijkt dat gokkers maar moeizaam de weg vinden naar de hulpverlening. 23,3% van de probleemgokkers die in dit onderzoek werden bevraagd heeft er nog niet aan gedacht om te stoppen met gokken. 29,5% van de probleemgokkers heeft wel al eens gedacht om een beroep te doen op hulpverlening. 13,7% van de probleemgokkers en 1,7% van de risicogokkers heeft al eens hulp gezocht voor gokproblemen. De hulpverlening blijkt ook weinig gekend: 34,7% van de probleemgokkers en 55% van de risicogokkers weet niet waar ze terechtkunnen voor gokproblemen.

In 2003 werden in de CGG 171 aanmeldingen geregistreerd in verband met gokverslaving. 157 aanmeldingsdossiers betreffen een man, 14 een vrouw (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2004).

[86] Voor de recentste registratiegegevens van Matt Talbot verwijzen we naar het VAD-jaarboek 2000 (De Donder, 2001).

# Hoofdstuk 3. Confrontatie met justitie [87]

De Federale Politie en het Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid (BIVV) hebben heel wat gegevens over rijden onder invloed van alcohol. Vanaf een alcoholgehalte van 0,5‰ is men strafbaar. Ook rijden onder invloed van illegale drugs is verboden en wordt sinds 1999 gecontroleerd. Het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC) analyseert de bloedstalen die in het kader van rijden onder invloed van drugs worden afgenomen.
Daarnaast bekijken we de processen-verbaal in verband met alcohol- en drugmisdrijven die door de politiediensten aan de parketten worden overgemaakt. Voor de Vlaamse parketten en het parket van Brussel kunnen we nagaan wat het profiel is van de druggebruiker die in aanraking komt met het parket. We geven een overzicht van het aantal individuen die veroordeeld zijn voor alcohol- en drugmisdrijven en misdrijven in verband met gokken.

In dit hoofdstuk moeten we er rekening mee houden dat criminaliteitscijfers maar ten dele de criminele werkelijkheid weergeven (Federale Politie, 2004d). De cijfers worden beïnvloed door veranderingen in nomenclatuur over verschillende jaren, veranderingen in federaal en lokaal veiligheidsbeleid, nieuwe procedures, de meldingsbereidheid van de bevolking, de registratiebereidheid van politiediensten, het beleid van andere instanties (bv. verzekeringsmaatschappijen), enzovoort.

## 3.1 Rijden onder invloed van alcohol

Sinds de wet van 18 juli 1990[88] bedraagt de maximum toegelaten alcoholconcentratie wanneer men een voertuig bestuurt 0,5 gram zuivere alcohol per liter bloed (0,5‰) of 0,22 milligram alcohol per liter uitgeademde alveolaire lucht (UAL)[89].

De cijfers in tabel 68 geven de alcoholcontroles weer tijdens de eindejaarsperiode. Het aantal opgelegde tests is tijdens de eindejaarsperiodes van 2003 en 2004 fors toegenomen. In de eindejaarsperiode 2003/2004 werden 88.987 tests opgelegd. Het aandeel personen dat positief getest wordt, stijgt eveneens. De eindejaarsperiode 2002/2003 spant de kroon met 8.275 of 9,9% positief geteste bestuurders. Van de meeste positieve tests bedraagt het alcoholgehalte meer dan 8‰. Tijdens de eindejaarsperiode 2002/2003 werd ook een recordaantal rijbewijzen ingetrokken, 5.704 om precies te zijn. Bij de eindejaarscontroles van 2003/2004 normaliseert het aantal ingetrokken rijbewijzen zich terug tot op het niveau van begin 2000.

---

[87] In bijlage 1 wordt de methodologie van de geraadpleegde bronnen omschreven.
[88] Deze wet is in voege sinds 1 december 1994.
[89] Een alcoholconcentratie van 0,22 mg uitgeademde alveolaire lucht (UAL) komt overeen met een alcoholconcentratie van 0,5 gram per liter bloed (0,5‰). Een alcoholconcentratie van 0,35 mg uitgeademde alveolaire lucht (UAL) komt overeen met een alcoholconcentratie van 0,8 gram per liter bloed (0,8‰).

**Tabel 68**
***Alcoholcontroles eindejaarscampagne (2000/2001 tot 2003/2004)***

| | '00/'01 | '01/'02 | '02/'03 | '03/'04 |
|---|---|---|---|---|
| **aantal opgelegde tests** | **51.399** | **41.601** | **83.627** | **88.987** |
| gemeentepolitie | 24.637 | - | 61.823 | 62.978 |
| rijkswacht | 26.762 | - | 21.804 | 26.009 |
| **aantal positieven** | **3.722** | **3.293** | **8.275** | **4.839** |
| | **7,2%** | **7,9%** | **9,9%** | **5,4%** |
| 0,5‰ - 0,8‰ | 847 | 922 | 2.767 | 1.112 |
| | 1,6% | 2,2% | 3,3% | 1,2% |
| ≥ 0,8‰ | 2.875 | 2.371 | 5.508 | 3.727 |
| | 5,6% | 5,7% | 6,6% | 4,2% |
| **aantal intrekkingen rijbewijs** | **1.306** | **935** | **5.704** | **1.592** |

Bron: BIVV, 2004b

Tijdens de eindejaarsperiode 2003/2004 namen de politiediensten veel meer alcoholtesten af dan in 2000/2001 (tabel 68). Vooral het aantal tests bij routinecontroles nam toe (tabel 69). Toch worden nog altijd de meeste tests afgenomen tijdens gerichte alcoholcontroles. Op het totaal aantal tests tijdens gerichte alcoholcontroles bedraagt het aandeel positieve tests tijdens de eindejaarscampagne 2003/2004 4,4%. Tegenover de eindejaarsperiode 2000/2001 betekent dat een daling.
Het aandeel positieve tests op het totaal aantal afgenomen tests is het grootst bij alcoholcontroles na verkeersongevallen. Bij de alcoholcontroles na een verkeersongeval is 14,0% van de testen positief in 2003/2004.
De politiediensten deden veel minder routine-alcoholcontroles dan gerichte alcoholcontroles. Het aandeel van de positieve tests is hier hoger dan het aandeel positieve tests bij gerichte alcoholcontroles.

**Tabel 69**
***Alcoholcontroles eindejaarscampagne volgens aard van de controle, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages (2000/2001 tot 2003/2004)***

| | '00/'01 | '01/'02 | '02/'03 | '03/'04 |
|---|---|---|---|---|
| **aantal tests bij routine controles** | **7.303** | **8.324** | **18.404** | **13.885** |
| aantal positieve tests | 576 | 554 | 1.700 | 883 |
| | 7,9% | 6,7% | 9,2% | 6,4% |
| **aantal tests bij gerichte controles** | **37.369** | **26.313** | **45.238** | **68.569** |
| aantal positieve tests | 2.157 | 1.808 | 2.912 | 3.021 |
| | 5,8% | 6,9% | 6,4% | 4,4% |
| **aantal tests bij ongevallen** | **6.318** | **6.741** | **18.363** | **6.319** |
| aantal positieve tests | 927 | 890 | 3.315 | 883 |
| | 14,7% | 13,2% | 18,1% | 14,0% |

Bron: BIVV, 2004b

In de periode oktober tot november 2003 voerde het BIVV in samenwerking met de politiediensten een 'road survey' uit[90] (Vanlaar, 2004). De controleplaatsen werden toevallig gekozen in elke regio. Elke controleplaats werd willekeurig gelinkt aan een tijdsperiode (weekdagen, weeknachten, weekend, weekendnachten). De controles gebeurden aselect[91]. Naast de ademtest vulden de bestuurders ook een korte vragenlijst in met persoonlijke variabelen (sekse, leeftijd, ooit al een ademtest op de weg ondergaan, perceptie van de kans om getest te worden). De steekproef bestond uit 12.891 bestuurders. 10 personen weigerden een ademtest en bij 57 personen kon de ademtest niet afgenomen worden. Als men deze personen buiten beschouwing laat, dan hadden 424 personen (3,4%) een alcoholgehalte boven de toegelaten wettelijke limiet van 0,5‰ (tabel 70). De meeste bestuurders onder invloed hebben veel gedronken: 290 (2,3%) mensen blazen minstens 0,8‰.

**Tabel 70**
***Aantal en percentage gecontroleerde bestuurders volgens UAL-gehalte (2003)***

| UAL | N | % |
|---|---|---|
| BAC < 0,5g/l | 12.400 | 96,7 |
| 0,5g/l ≤ BAC < 0,8 g/l | 134 | 1,1 |
| BAC ≥ 0,8 g/l | 290 | 2,3 |
| **totaal** | **12.824** | **100,0** |

Bron: Vanlaar, 2004

Het percentage dronken bestuurders is significant hoger tijdens weekendnachten (7,7%) dan tijdens alle andere periodes.
Het percentage dronken bestuurders op zaterdagnacht is gedaald van 8,9% in 1998 naar 8,4% in 2000 en 5,4% in 2003[92].
Vrouwen hebben 74,7% minder kans om dronken te rijden dan mannen. Bestuurders tussen 26 en 39 jaar hebben 103% meer kans om dronken te rijden dan bestuurders tussen 16 en 25 jaar.

De tendens dat personen die positief getest worden ook behoorlijk over de toegelaten grens zitten, blijkt ook uit de bloedafnames die na een verkeersongeval gebeuren.
Van de personen waarbij naar aanleiding van een verkeersongeval een bloedafname gebeurde, heeft in 2001 91% een alcoholgehalte in het lichaam dat boven de toegelaten grens ligt (tabel 71) (NIS, 2003a). 51,9% van de bestuurders overschrijdt zelfs de grens van 2‰. Men dient er wel rekening mee te houden dat een bloedafname heel selectief gebeurt, namelijk bij deze personen bij wie men een sterk vermoeden heeft van dronkenschap.

---

[90] Deze studie wordt om de twee jaar herhaald.
[91] Bij een selecte alcoholcontrole beslissen de politiediensten om al dan niet een ademtest af te nemen op basis van uiterlijk waarneembare kenmerken (bijvoorbeeld geur van alcohol, spraak,...). Bij een aselecte alcoholcontrole daarentegen moet iedereen die wordt tegengehouden een alcoholtest afleggen.
[92] In 2003 werd de methodologie van het onderzoek aanzienlijk verbeterd. Dit kan de verschillen gedeeltelijk verklaren. Tijd moet verder uitwijzen of het hier werkelijk om een trend gaat.

**Tabel 71**
***De evolutie van het aantal bloedafnamen bij verkeersongevallen op de openbare weg, volgens alcoholgehalte***[93]

| jaar | 0-0,49 gr/l | 0,5-0,99 gr/l | 1-1,49 gr/l | 1,5-1,99 gr/l | 2-2,49 gr/l | 2,5 of meer gr/l | onbekend | totaal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **absolute aantallen** | | | | |
| 1990 | 476 | 1.240 | 2.507 | 3.833 | 3.767 | 3.060 | 318 | **15.201** |
| 1991 | 522 | 1.127 | 2.356 | 3.562 | 3.568 | 2.865 | 301 | **14.301** |
| 1992 | 418 | 1.072 | 2.266 | 3.663 | 3.655 | 2.983 | 280 | **14.337** |
| 1993 | 538 | 1.206 | 2.438 | 3.460 | 3.518 | 2.905 | 344 | **14.409** |
| 1994 | 403 | 944 | 1.959 | 2.946 | 3.058 | 2.709 | 212 | **12.231** |
| 1995 | 319 | 336 | 720 | 1.192 | 1.253 | 1.056 | 101 | **4.977** |
| 1996 | 236 | 273 | 598 | 921 | 968 | 928 | 297 | **4.221** |
| 1997 | 343 | 549 | 1.075 | 1.590 | 1.457 | 1.259 | 198 | **6.471** |
| 1998 | 293 | 397 | 764 | 1.159 | 1.478 | 1.173 | 100 | **5.364** |
| 1999 | 289 | 359 | 820 | 1.331 | 1.463 | 1.462 | 126 | **5.850** |
| 2000 | 304 | 284 | 643 | 1.030 | 1.192 | 1.178 | 112 | **4.743** |
| 2001 | 268 | 201 | 486 | 799 | 956 | 1.019 | 78 | **3.807** |
| | | | | **percentages** | | | | |
| 1990 | 3,1 | 8,2 | 16,5 | 25,2 | 24,8 | 20,1 | 2,1 | **100,0** |
| 1991 | 3,7 | 7,9 | 16,5 | 24,9 | 24,9 | 20,0 | 2,1 | **100,0** |
| 1992 | 2,9 | 7,5 | 15,8 | 25,6 | 25,5 | 20,8 | 1,9 | **100,0** |
| 1993 | 3,7 | 8,4 | 16,9 | 24,0 | 24,4 | 20,2 | 2,4 | **100,0** |
| 1994 | 3,3 | 7,7 | 16,0 | 24,1 | 25,0 | 22,1 | 1,8 | **100,0** |
| 1995 | 6,4 | 6,8 | 14,5 | 23,9 | 25,2 | 21,2 | 2,0 | **100,0** |
| 1996 | 5,6 | 6,5 | 14,2 | 21,8 | 22,9 | 22,0 | 7,0 | **100,0** |
| 1997 | 5,3 | 8,5 | 16,6 | 24,6 | 22,5 | 19,5 | 3,0 | **100,0** |
| 1998 | 5,5 | 7,4 | 14,2 | 21,6 | 27,6 | 21,9 | 1,8 | **100,0** |
| 1999 | 4,9 | 6,1 | 14,0 | 22,8 | 25,0 | 25,0 | 2,2 | **100,0** |
| 2000 | 6,4 | 6,0 | 13,6 | 21,7 | 25,1 | 24,8 | 2,4 | **100,0** |
| 2001 | 7,0 | 5,3 | 12,8 | 21,0 | 25,1 | 26,8 | 2,0 | **100,0** |

Bron: NIS, 2003a

## 3.2 Rijden onder invloed van illegale drugs

Sinds juni 1999 kunnen de politiediensten controleren of bestuurders onder invloed van illegale drugs[94] rijden[95] (vzw wegcode, 2004). De controle bestaat uit drie fasen. In een eerste fase controleert de agent de betrokkene op uiterlijke kenmerken van recent

---

[93] Deze cijfers gaan zowel over de ongevallen met lichamelijk letsel als over ongevallen met enkel stoffelijke schade.

[94] Het gaat om volgende stoffen: THC, amfetamine, MDMA, MDEA, MBDB, morfine, cocaïne of benzoylecgonine.

[95] Daarvoor werd het K.B. van 16 maart 1968 houdende coördinatie van de wet betreffende de politie over het wegverkeer aangepast.

druggebruik aan de hand van een testbatterij (lijst met een aantal symptomen en een viertal psycho-fysieke tests). Als de testbatterij positief is dan wordt de betrokkene uitgenodigd om een plasje te maken en zal er een urinetest uitgevoerd worden. Als de urinetest positief is volgt er een bloedproef in een erkend laboratorium. Bij een wettige weigering van de testbatterij en/of de urinetest of bij onmogelijkheid om de test af te leggen (bv. bij verkeersongeval) wordt ook een bloedproef afgenomen op voorwaarde dat er uiterlijke kenmerken van druggebruik waargenomen zijn. De wettige weigering moet door een arts bevestigd worden. Een onwettige weigering wordt aanzien als zijnde positief en is bijgevolg strafbaar.

Vanaf de tweede helft van 2002 verzamelt de Federale Politie cijfers over de drugcontroles (Federale Politie, 2004i). In de tweede helft van 2002 werden 210 testbatterijen drugs afgenomen, 136 urinestalen en 66 bloedproeven. In 2003 werden er 275 testbatterijen drugs afgenomen, 132 urinestalen en 108 bloedproeven.

Het NICC analyseert de bloedstalen in het kader van het rijden onder invloed van drugs. In de periode 2000 tot en met het derde kwartaal van 2004 analyseerde het NICC 2.513 bloedstalen. 2.184 van deze analysen werden uitgevoerd als gevolg van een positief bevonden urinestaal (86,9%). In de periode 2000 tot en met 2003 waren 85% van de geanalyseerde bloedstalen positief voor 1 of meerdere drugs boven de wettelijke grenswaarde. Voor 2004, tot en met het derde kwartaal, was 88% van de bloedstalen wettelijk positief. Tabel 72 vat de positieve analyses samen voor de periode 2003 tot en met het derde kwartaal van 2004.

**Tabel 72**
***Positieve analyses 2003-2004 derde kwartaal***

| drugklasse | N | % |
|---|---|---|
| THC[96] | 588 | 56,8 |
| amfetamines[97] | 173 | 16,7 |
| amfetamines + THC | 113 | 10,9 |
| cocaïne[98] | 59 | 5,7 |
| THC + cocaïne | 37 | 3,6 |
| amfetamines + THC + cocaïne | 21 | 2,0 |
| amfetamines + cocaïne | 22 | 2,1 |
| cocaïne + opiaten[99] | 13 | 1,3 |
| opiaten | 7 | 0,7 |
| THC + cocaïne + opiaten | 3 | 0,3 |
| THC + opiaten | 4 | 0,4 |

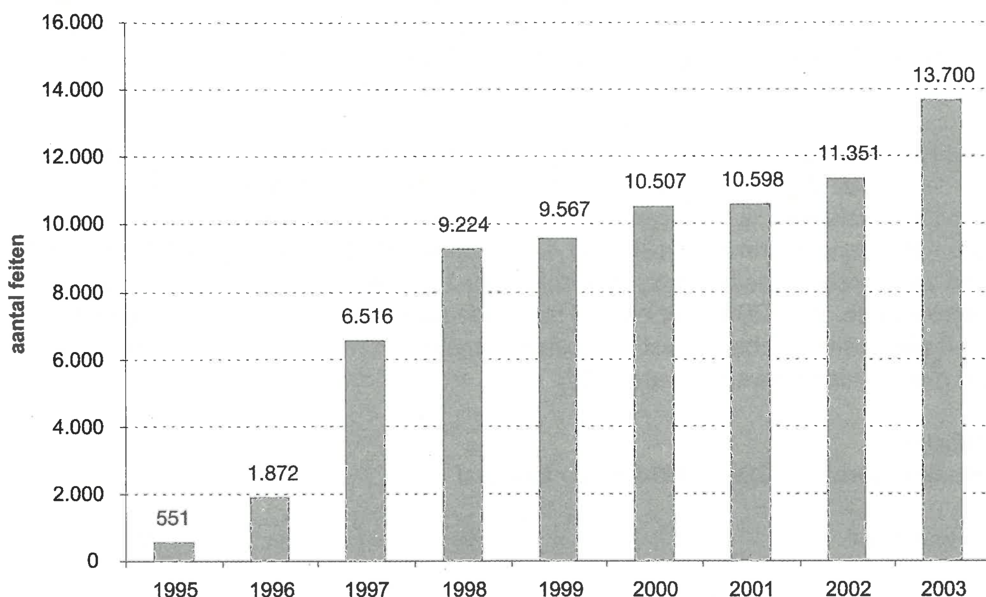
Bron: NICC, 2004

[96] Tetrahydrocannabinol, het actieve bestand van cannabis.
[97] Amfetamines en designer amfetamines (MBDB, MDEA, MDMA of XTC).
[98] Cocaïne en benzoylecgonine (een metaboliet van cocaïne).
[99] Morfine.

## 3.3 Misdrijven in verband met alcohol

De politiediensten registreren in 2003 13.700 feiten in verband met dronkenschap, alcohol en alcoholslijterijen, zo blijkt uit de politionele criminaliteitsstatistieken (PCS)[100] van de Federale Politie (Federale Politie, 2004h) (grafiek 40). In vergelijking met het jaar 2000 zijn dat 3.193 misdrijven meer.

**Grafiek 40**
***Aantal feiten in verband met dronkenschap, alcohol en alcoholslijterijen vastgesteld door de politiediensten[101]***



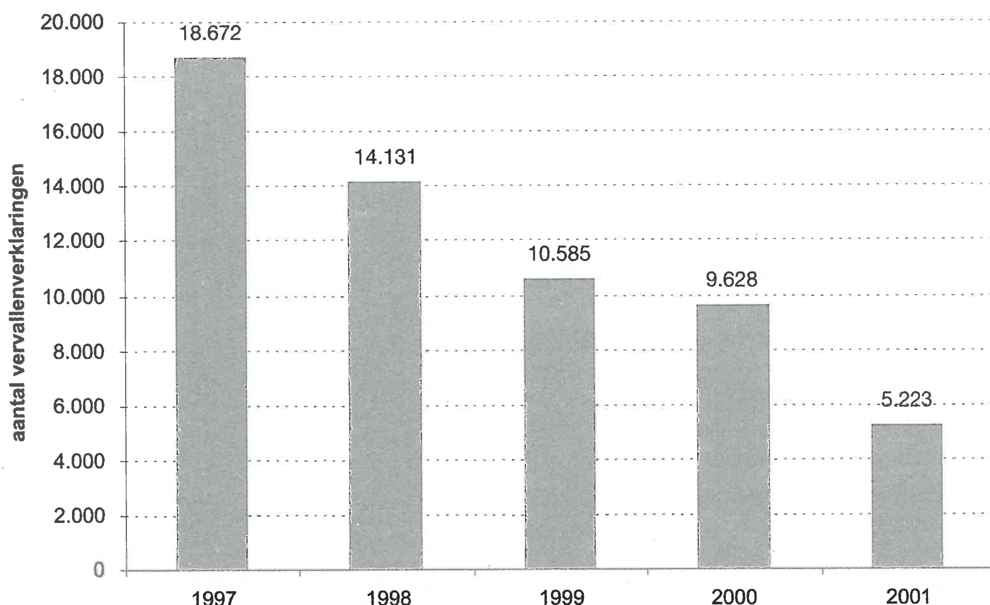

Bron: Federale Politie, 2004e-h

In 2001 werden 5.223 vervallenverklaringen van het recht tot sturen uitgesproken voor dronkenschap of intoxicatie, dat is heel wat minder dan in de voorgaande jaren (grafiek 41).

[100] Voor de politiehervorming werden deze de 'geïntegreerde interpolitionele criminaliteitsstatistieken (GICS)' genoemd en werden ze beheerd door de afdeling politiebeleidsondersteuning van de algemene politiesteundienst (Federale Politie, 2004d). Na de politiehervorming (01/01/2001) werd de algemene politiesteundienst geïntegreerd binnen de directie van de geïntegreerde werking van de politie (Federale Politie). Momenteel wordt nog gewerkt aan de optimalisering van de nationale gegevensbank. Om de tussenperiode op te vangen werden de criminaliteitsstatistieken voor de jaren 2000-2002 op een andere manier gegenereerd dan voorheen waardoor de data niet kunnen vergeleken worden met de gegevens die vroeger werden gepubliceerd. De bron van de PCS is het proces-verbaal dat door de algemene politiediensten wordt opgesteld en aan het parket wordt overgemaakt, ongeacht of het om een gepleegd misdrijf of om een poging gaat.

[101] De cijfers voor 1995 tot 1999 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2001 (De Donder, 2002, p.95).

**Grafiek 41**
***Aantal vervallenverklaringen van het recht tot sturen omwille van dronkenschap of intoxicatie***




Bron: BIVV, 2004a

Uit de gegevens van het ministerie van justitie over de veroordelingen blijkt dat in 2002 19.148 individuen zijn veroordeeld omwille van de inbreuk intoxicatie en dronkenschap in het verkeer (Ministerie van justitie, 2004a). Tegenover 1995 is dat een vermindering van 23%. Het gaat om 15.721 mannen en 1.481 vrouwen.
Voor openbare dronkenschap (niet in het verkeer) werden 2.058 personen veroordeeld: 1.473 mannen en 216 vrouwen. 13 mensen liepen een veroordeling op omwille van het overtreden van de wet op de exploitatie van sterke dranken.

De dienst statistiek van het secretariaat-generaal van het ministerie van justitie startte in 1999 met een statistiek van de hoven en rechtbanken (Ministerie van justitie, 2004b). Daarin is tevens een statistiek van de politierechtbanken opgenomen. Alcoholintoxicatie is 1 van de misdrijven die op het niveau van de politierechtbank wordt veroordeeld. In 2002 werden er 7.458 personen beticht van alcoholintoxicatie en 888 van dronkenschap (tabel 73). 8.041 individuen veroorzaakten een ongeval met stoffelijke schade onder invloed van alcohol. De meeste betichten werden ook effectief veroordeeld. Het grootste aantal vrijspraken doet zich voor in de misdrijfcategorie alcoholintoxicatie.

**Tabel 73**
***Betichten, veroordeelden en vrijgesprokenen voor alcoholintoxicatie en dronkenschap in de politierechtbank (2002)***

| type inbreuk | aantal betichten | aantal veroordeelden | aantal vrijgesprokenen |
|---|---|---|---|
| ongevallen & doodslag & intoxicatie/dronkenschap | 109 | 108 | 1 |
| ongevallen & doodslag & vluchtmisdrijf & intoxicatie/dronkenschap | 12 | 12 | 0 |
| onopzettelijke slagen en verwondingen & intoxicatie/dronkenschap | 2.347 | 2.332 | 15 |
| onopzettelijke slagen en verwondingen & vluchtmisdrijf & intoxicatie/dronkenschap | 329 | 326 | 3 |
| ongevallen met stoffelijke schade & intoxicatie/dronkenschap | 8.041 | 7.982 | 59 |
| ongevallen met stoffelijke schade & vluchtmisdrijf & intoxicatie/dronkenschap | 1.851 | 1.837 | 14 |
| alcoholintoxicatie | 7.458 | 7.379 | 79 |
| dronkenschap | 888 | 845 | 43 |
| weigering van bloedproef of ademtest | 133 | 124 | 9 |
| openbare dronkenschap | 1.693 | 1.650 | 43 |

Bron: Ministerie van justitie, 2004b

## 3.4 Drugdelicten

In Europa zijn de meest gerapporteerde drugdelicten bezit en/of gebruik van drugs (EWDD, 2003). Tussen 1985 en 2001 werden steeds meer drugdelicten opgetekend in de landen van de Europese Unie. Cannabis speelde ook in 2001 een hoofdrol in de drugdelicten. In Portugal en Zweden heeft 34% van de druggerelateerde aangiften te maken met cannabis, in Frankrijk gaat het om 86%. In België speelt cannabis een rol in 67% van de drugdelicten. In Luxemburg hebben de aangiften vooral betrekking op heroïne. Ook in Nederland zijn andere illegale drugs dan cannabis belangrijker in de aanhoudingen.

### 3.4.1 Drugmisdrijven geverbaliseerd door de politiediensten

De Federale Politie beschikt over gegevens van de drugmisdrijven geverbaliseerd door de politiediensten in de politionele criminaliteitsstatistieken (PCS) (tabel 74). In 2003 werden door de Belgische politiediensten 41.461 misdrijven in verband met verdovende middelen geregistreerd. Het gaat dan vooral om bezit (17.964 feiten) en gebruik (12.167 feiten) van verdovende middelen.

**Tabel 74**

***Aantal drugmisdrijven in België geregistreerd door de politiediensten***

| misdrijf | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|---|---|---|---|
| bezit van verdovende middelen | 19.572 | 16.099 | 16.639 | 17.964 |
| gebruik van verdovende middelen | 15.867 | 12.129 | 12.588 | 12.167 |
| in- en uitvoer, fabricatie, handel | 11.867 | 10.671 | 10.750 | 10.604 |
| andere misdrijven | 1.495 | 1.315 | 879 | 726 |
| **totaal** | **48.801** | **40.214** | **40.856** | **41.461** |

Bron: Federale Politie, 2004e-h

In totaal zijn er in 2003 15% minder drugmisdrijven geverbaliseerd in vergelijking met 2000. De daling zet zich door in alle subcategorieën van misdrijven, maar is het sterkst bij de 'andere' misdrijven in verband met gebruik van verdovende middelen. In 2003 werden 23,3% minder misdrijven in verband met gebruik van verdovende middelen geverbaliseerd tegenover 2000. De geverbaliseerde misdrijven in verband met het bezit van verdovende middelen namen met 8,2% af tegenover 2000.

Uit de nationale criminele databank van de Federale Politie kunnen we afleiden hoeveel processen-verbaal er zijn opgemaakt voor drugmisdrijven zoals drugbezit, druggebruik, in- en uitvoer van drugs, verkoop, handel en productie volgens sekse en leeftijd (Federale Politie, 2004c). Tussen 1999 en 2001 is het aantal processen-verbaal voor drugdelicten afgenomen (tabel 75). In 2002 werden er 1.450 processen-verbaal meer opgetekend dan in 2001 (+ 5,9%). In 2003 is het aantal processen-verbaal opnieuw gedaald tot 25.390.

**Tabel 75**

***Evolutie van het aantal processen-verbaal voor drugmisdrijven***

| | 1999 | | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| bezit | 7.120 | 24,2 | 7.615 | 27,1 | 7.256 | 29,7 | 11.177 | 43,1 | 11.350 | 44,7 |
| gebruik | 11.788 | 40,1 | 10.497 | 37,4 | 8.070 | 33,0 | 7.222 | 27,9 | 7.979 | 31,4 |
| **bezit/gebruik** | **18.908** | **64,3** | **18.112** | **64,5** | **15.326** | **62,7** | **18.399** | **71,0** | **19.329** | **76,1** |
| in/uitvoer | 6.645 | 22,6 | 6.418 | 22,9 | 5.749 | 23,5 | 3.766 | 14,5 | 2.538 | 10,0 |
| fabricatie | 173 | 0,6 | 179 | 0,6 | 217 | 0,9 | 340 | 1,3 | 388 | 1,5 |
| fabricatie + in/uitvoer | 14 | 0,1 | 20 | 0,1 | 23 | 0,1 | 12 | 0,1 | n.b. | n.b. |
| **trafiek/drugtoerisme** | **6.832** | **23,2** | **6.617** | **23,6** | **5.989** | **24,5** | **4.118** | **15,9** | **2.926** | **11,5** |
| **verkoop** | **3.655** | **12,4** | **3.342** | **11,9** | **3.147** | **12,9** | **3.395** | **13,1** | **3.135** | **12,3** |
| **totaal aantal pv's** | **29.395** | **100,0** | **28.071** | **100,0** | **24.462** | **100,0** | **25.912** | **100,0** | **25.390** | **100,0** |

n.b.: niet beschikbaar

Bron: Federale Politie, 2004c

In de gerechtelijk arrondissementen van Brussel (3.129), Luik (2.434) en Antwerpen (1.930) werden de meeste processen-verbaal opgesteld.

Wanneer de drugmisdrijven worden opgedeeld in bezit/gebruik, trafiek/drugtoerisme en verkoop zien we dat over al de jaren vooral processen-verbaal zijn opgemaakt in verband met druggebruik (tabel 75). In tweede instantie wordt drugtrafiek of drugtoerisme geverbaliseerd. 12% tot 13% van de processen-verbaal gaat over de verkoop van illegale drugs. In 2003 werden er 6,7% meer processen-verbaal opgetekend voor drugbezit en druggebruik in vergelijking met 2000. Vooral het aantal processen-verbaal voor drugbezit nam toe (+49%). Het aantal processen-verbaal voor drugtrafiek/drugtoerisme nam tussen 2000 en 2003 met 55,8% af.
In de gerechtelijke arrondissementen Brussel (2.567), Luik (1.903), Hasselt (1.385) en Dendermonde (1.376) werden in 2003 het meest processen-verbaal opgesteld voor drugbezit/gebruik. Antwerpen (388), Brussel (352) en Luik (323) scoren het hoogst wat betreft processen-verbaal voor drugverkoop. Drughandel en -toerisme werd het meest geregistreerd in de gerechtelijke arrondissementen van Antwerpen (659), Luik (299) en Tongeren (256).

In de helft van de gevallen (53,6%) wordt in 2002 een proces-verbaal opgesteld voor cannabis (tabel 76). Cannabis komt bij alle inbreuken het meest voor. 8% van de processen-verbaal hebben te maken met stimulerende middelen. Vooral voor verkoop valt het aandeel van stimulantia op. In 2002 werd in bijna 1 op 5 van de gevallen geen product geregistreerd in het proces-verbaal.

**Tabel 76**
***Aandeel van de producten in de processen-verbaal (2002)***[102]

| product | gebruik bezit | | verkoop | | in/uitvoer | | fabricatie | | totaal | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| niet geregistreerd | 2.872 | 15,6 | 853 | 25,1 | 899 | 23,9 | 114 | 32,4 | **4.738** | **18,3** |
| opiaten | 1.021 | 5,5 | 228 | 6,7 | 99 | 2,6 | - | - | **1.348** | **5,2** |
| cocaïne | 655 | 3,6 | 186 | 5,5 | 115 | 3,1 | - | - | **956** | **3,7** |
| opiaten en cocaïne | 131 | 0,7 | 84 | 2,5 | 29 | 0,8 | - | - | **244** | **0,9** |
| cannabis | 10.409 | 56,6 | 969 | 28,5 | 2.301 | 61,1 | 202 | 57,4 | **13.881** | **53,6** |
| ATS[103] | 1.465 | 8,0 | 514 | 15,1 | 104 | 2,8 | 8 | 2,3 | **2.091** | **8,1** |
| ATS en cannabis | 622 | 3,4 | 162 | 4,8 | 64 | 1,7 | 9 | 2,6 | **857** | **3,3** |
| opiaten en/of cocaïne en andere producten | 467 | 2,5 | 178 | 5,2 | 73 | 1,9 | 4 | 1,1 | **722** | **2,8** |
| voorlopers | 66 | 0,4 | 29 | 0,9 | 8 | 0,2 | 2 | 0,6 | **105** | **0,4** |
| andere producten | 691 | 3,8 | 192 | 5,7 | 74 | 2,0 | 13 | 3,7 | **970** | **3,7** |
| **totaal** | **18.399** | **100,0** | **3.395** | **100,0** | **3.766** | **100,0** | **352** | **100,0** | **25.912** | **100,0** |

Bron: Federale Politie, 2004c

[102] Er kunnen meerdere producten worden geregistreerd per proces-verbaal.
[103] Amphetamine Type Stimulants.

De nationale criminele databank van de Federale Politie laat toe om bij het aantal verbalisaties te kijken naar de leeftijdsverdeling en de sekse van de daders. De meeste daders van drugdelicten zijn mannen (tabel 77). In 2002 werden 18.615 mannen (87,4%) voor een drugfeit geverbaliseerd tegenover 2.349 vrouwen (11,0%). De meeste daders zijn meerderjarig. In 2002 zijn er 3.696 minderjarige drugdaders (17,4%) en 17.604 meerderjarige daders (82,6%).

**Tabel 77**
***Verdeling van de daders van drugmisdrijven naar sekse en leeftijd (2002)***

| | mannen | | vrouwen | | onbekend | | totaal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N |
| < 12 jaar | 4 | 80,0 | 0 | 0,0 | 1 | 20,0 | **5** |
| 12-14 jaar | 330 | 77,3 | 95 | 22,2 | 2 | 0,5 | **427** |
| 15-17 jaar | 2.769 | 84,8 | 467 | 14,3 | 28 | 0,9 | **3.264** |
| 18-20 jaar | 5.448 | 88,6 | 585 | 9,5 | 114 | 1,9 | **6.147** |
| 21-23 jaar | 3.951 | 89,3 | 380 | 8,6 | 91 | 2,1 | **4.422** |
| 24-26 jaar | 2.075 | 88,4 | 242 | 10,3 | 31 | 1,3 | **2.348** |
| 27-29 jaar | 1.285 | 88,1 | 156 | 10,7 | 17 | 1,2 | **1.458** |
| 30-35 jaar | 1.434 | 86,7 | 204 | 12,3 | 16 | 1,0 | **1.654** |
| 35-41 jaar | 655 | 85,5 | 105 | 13,7 | 6 | 0,8 | **766** |
| > 41 jaar | 466 | 80,9 | 104 | 18,1 | 6 | 1,0 | **576** |
| onbekend | 198 | 85,0 | 11 | 4,7 | 24 | 10,3 | **233** |
| **totaal** | **18.615** | **87,4** | **2.349** | **11,0** | **336** | **1,6** | **21.300** |

Bron: Federale Politie, 2004c

De grootste groep geverbaliseerde cannabisgebruikers is tussen 18 en 20 jaar (33,7%) (tabel 78). Eén vijfde van de geverbaliseerden omwille van cannabisgebruik of -bezit is tussen 15 en 17 jaar oud. 21,6% geverbaliseerde cannabisgebruikers is ouder dan 23 jaar.

Het grootste aantal geverbaliseerde personen voor bezit/gebruik van stimulantia zien we eveneens in de leeftijdsklasse 18 tot 20 jaar (31,2%). Bijna een kwart van deze daders is tussen 21 en 23 jaar. 1 op 7 is 17 jaar of jonger. De risicogroep die het meest geverbaliseerd wordt voor het gebruik of het bezit van cannabis of stimulantia is tussen 15 en 23 jaar.

De cocaïne- en heroïnegebruikers voor wie de politiediensten een proces-verbaal opstellen zijn doorgaans ouder. Voor bezit en gebruik van opiaten worden de meeste processen-verbaal opgesteld voor personen tussen 30 en 35 jaar oud (20,8%). Voor cocaïnegebruik/bezit zijn het vooral personen tussen 21 en 26 jaar die met de politie in aanraking komen. Minderjarigen worden relatief weinig door de politiediensten geverbaliseerd voor gebruik of bezit van opiaten of cocaïne (respectievelijk 4,4% en 3,9%).

**Tabel 78**
***Leeftijdsverdeling van de daders van gebruik/bezit inbreuken volgens product (2002)***

| | opiaten | | cocaïne | | cannabis | | ATS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| < 12 jaar | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 12-14 jaar | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 374 | 2,8 | 23 | 0,9 |
| 15-17 jaar | 61 | 4,3 | 45 | 3,9 | 2.819 | 21,3 | 370 | 13,7 |
| 18-20 jaar | 236 | 16,7 | 188 | 16,1 | 4.460 | 33,7 | 844 | 31,2 |
| 21-23 jaar | 255 | 18,0 | 230 | 19,7 | 2.730 | 20,6 | 595 | 22,0 |
| 24-26 jaar | 207 | 14,6 | 219 | 18,8 | 1.231 | 9,3 | 353 | 13,1 |
| 27-29 jaar | 191 | 13,5 | 158 | 13,6 | 590 | 4,5 | 220 | 8,1 |
| 30-35 jaar | 294 | 20,8 | 170 | 14,6 | 580 | 4,4 | 177 | 6,5 |
| 36-41 jaar | 121 | 8,6 | 86 | 7,4 | 241 | 1,8 | 67 | 2,5 |
| > 41 jaar | 36 | 2,5 | 60 | 5,1 | 153 | 1,2 | 53 | 2,0 |
| onbekend | 13 | 0,9 | 10 | 0,9 | 49 | 0,4 | 2 | 0,1 |
| **totaal** | **1.415** | **100,0** | **1.166** | **100,0** | **13.229** | **100,0** | **2.704** | **100,0** |

Bron: Federale Politie, 2004c

Personen die geverbaliseerd worden voor handel en trafiek in cannabis zijn jong. De belangrijkste groep daders is net zoals bij de cannabisgebruikers vooral terug te vinden in de leeftijdsgroep 18 tot 20 jaar (30,0%) (tabel 79). Ook voor handel in stimulerende middelen zijn de meeste daders terug te vinden in deze leeftijdsgroep (28,0%). De grootste groep personen die geverbaliseerd wordt voor handel in opiaten is iets ouder, namelijk tussen 21 en 23 jaar (23,1%). De groep die cocaïne verhandelt is nog ouder: 23,0% is tussen 30 en 35 jaar.

**Tabel 79**
***Leeftijdsverdeling van de daders van inbreuken van handel en toerisme volgens product (2002)***[104]

| | opiaten | | cocaïne | | cannabis | | ATS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| < 12 jaar | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 12-14 jaar | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 0,2 | 1 | 0,3 |
| 15-17 jaar | 0 | 0,0 | 2 | 0,7 | 227 | 6,6 | 24 | 7,1 |
| 18-20 jaar | 32 | 12,5 | 35 | 12,0 | 1.029 | 30,0 | 94 | 28,0 |
| 21-23 jaar | 59 | 23,1 | 53 | 18,2 | 887 | 25,9 | 72 | 21,4 |
| 24-26 jaar | 36 | 14,1 | 35 | 12,0 | 440 | 12,8 | 34 | 10,1 |
| 27-29 jaar | 26 | 10,2 | 31 | 10,7 | 234 | 6,8 | 16 | 4,8 |
| 30-35 jaar | 51 | 20,0 | 67 | 23,0 | 274 | 8,0 | 48 | 14,3 |
| 36-41 jaar | 18 | 7,1 | 27 | 9,3 | 154 | 4,5 | 32 | 9,5 |
| > 41 jaar | 21 | 8,2 | 33 | 11,3 | 128 | 3,7 | 13 | 3,9 |
| onbekend | 12 | 4,7 | 8 | 2,7 | 47 | 1,4 | 2 | 0,6 |
| **totaal** | **255** | **100,0** | **291** | **100,0** | **3.426** | **100,0** | **336** | **100,0** |

Bron: Federale Politie, 2004c

[104] Berekend op het aantal processen-verbaal die verbonden zijn aan een dader en een product.

### 3.4.2 Drugmisdrijven op het niveau van de parketten

Drugmisdrijven geverbaliseerd door de politiediensten komen uiteindelijk terecht bij de parketten.
Voor het jaar 2002 publiceerde het openbaar ministerie de eerste jaarstatistiek over de opsporing en vervolging van strafzaken door de correctionele parketten (College van Procureurs-Generaal, 2004). In 2002 werden er bij de correctionele parketten 32.991 processen-verbaal geregistreerd in verband met drugs en doping. De procureur des Konings besliste om 19.160 zaken te seponeren (60,6%). 4.463 zaken (14,1%) werden overgemaakt aan een ander parket voor verdere beschikking. In 4.326 van de gevallen (13,7%) werd de zaak samengevoegd met een andere zaak. 1.445 beklaagden (4,6%) werden gedagvaard om voor de rechtbank te verschijnen. 1.457 (4,6%) beklaagden verschenen voor de raadkamer. 624 beklaagden (2,0%) betaalden een minnelijke schikking. In 123 gevallen (0,4%) formuleerde de procureur des Konings een voorstel voor een bemiddeling in strafzaken.

Van de Vlaamse parketten en het parket van Brussel zijn registratiegegevens voorhanden. De beschikbare gegevens hebben enkel betrekking op druggebruikers die zijn geverbaliseerd door de politiediensten. Het gaat om een beperkte studie die vooral een beeld schetst van de werking van de parketten in Vlaanderen en Brussel en de trend onderzoekt over de verschillende registratiejaren heen. Bij het koppelen van algemene conclusies aan dit soort onderzoek dient men rekening te houden met de financiële mogelijkheden, beschikbare mankracht, visie op druggebruik,... van de afzonderlijke parketten.
Het aantal registraties van geverbaliseerde druggebruikers is, ten opzichte van voorgaande jaren, in 2003 licht gedaald (Van Hal, 2004).
De parketten van Oudenaarde, Antwerpen en Gent registreerden in 2003 het grootste aandeel druggebruikers (tabel 80). In vergelijking met 2000 is het aantal druggebruikers dat geregistreerd werd in de parketten van Dendermonde, Gent, Ieper, Kortrijk, Leuven, Oudenaarde en Veurne toegenomen. Bij de parketten van Antwerpen, Brussel, Mechelen, Tongeren en Turnhout kwamen minder processen-verbaal van druggebruikers aan.

**Tabel 80**
***Verdeling van het aantal registraties van druggebruikers over de verschillende parketten***

| parket | 1997 | 1998 | 1999[105] | 2000[106] | 2002[107] | 2003[108] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Antwerpen | 958 | 821 | 605 | 609 | 501 | 365 |
| Brugge | 223 | 119 | 331 | 332 | - | - |
| Brussel | 1.312 | 1.580 | 1.660 | 1.152 | 423 | 305 |
| Dendermonde | 505 | 483 | 379 | 233 | 333 | 313 |
| Gent | - | - | - | - | 343 | 361 |
| Hasselt | 313 | 370 | 261 | - | - | - |
| Ieper | 33 | 56 | 69 | 37 | 116 | 90 |
| Kortrijk | 144 | 195 | 221 | 207 | 202 | 245 |
| Leuven | 74 | 92 | 102 | 98 | 146 | 199 |
| Mechelen | 221 | 178 | 124 | 177 | 134 | 149 |
| Oudenaarde | 95 | 24 | 103 | 125 | 124 | 371 |
| Tongeren | 185 | 221 | 319 | 429 | 464 | 237 |
| Turnhout | 445 | 349 | 482 | 309 | 428 | 301 |
| Veurne | 42 | 51 | 83 | 46 | 94 | 48 |
| **totaal aantal gebruikers** | **4.550** | **4.539** | **4.739** | **3.754** | **3.308** | **2.984** |
| **deelnemende parketten** | **13** | **13** | **13** | **12** | **12** | **12** |

Bron: Van Hal, 2004

In 2003 werd het grootste deel van de processen-verbaal opgemaakt door de lokale politie (82,1% van de gevallen) (Van Hal, 2004)[109]. De Federale Politie, de andere politiediensten en de douane[110] stonden in voor respectievelijk 7,9%, 6,3% en 3,1% van de verbalisaties (0,6% is onbekend).

In 2003[111] bestaat de geregistreerde groep voor 10,6% (315) uit vrouwen en voor 89,3% (2.664) uit mannen (Van Hal, 2004). De gemiddelde leeftijd is 23,3 jaar. De meesten zijn Belgen (83,9%); van 15,2% is geweten dat ze een vreemde nationaliteit bezitten.

Het aandeel geregistreerde druggebruikers is in 2003 het grootst in de leeftijdscategorie 21 tot 24 jaar (30,4%) (Van Hal, 2004). De groep van 18 tot 20 jaar is minder vertegenwoordigd dan de voorgaande jaren (25%). 2,3% is jonger dan 16 jaar en 15,6% is ouder dan 29 (tabel 81).

[105] In Brussel, Dendermonde, Hasselt, Leuven en Oudenaarde werden enkel de meerderjarigen geregistreerd.
[106] In Brussel en Leuven werden enkel de meerderjarigen geregistreerd.
[107] In Antwerpen, Dendermonde en Leuven werden enkel de meerderjarigen geregistreerd.
[108] In Antwerpen en Brussel werden enkel de meerderjarigen geregistreerd.
[109] Gegevens van Brussel zijn om technische redenen niet opgenomen.
[110] Tot de andere politiediensten behoren de gerechtelijke politie, de spoorwegpolitie en de zeevaartpolitie.
[111] Gegevens van Brussel zijn om technische redenen niet opgenomen.

**Tabel 81**
***Leeftijd en sekse van de geverbaliseerde druggebruikers (2003)[112]***

| leeftijd | mannen N | mannen % | vrouwen N | vrouwen % | totaal N | totaal % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| < 16 jaar | 58 | 2,2 | 11 | 3,5 | 69 | 2,3 |
| 16-17 jaar | 209 | 7,9 | 29 | 9,3 | 238 | 8,0 |
| 18-20 jaar | 671 | 25,3 | 70 | 22,5 | 741 | 25,0 |
| 21-24 jaar | 813 | 30,7 | 90 | 28,9 | 903 | 30,5 |
| 25-29 jaar | 495 | 18,7 | 51 | 16,4 | 546 | 18,5 |
| > 29 jaar | 402 | 15,2 | 60 | 19,3 | 462 | 15,6 |
| **totaal** | **2.648** | **100,0** | **311** | **100,0** | **2.959** | **100,0** |

Bron: Van Hal, 2004

In 55,2% van de gevallen ging het om een eerste contact met justitie omwille van druggebruik (Van Hal, 2004). 17,4% kwam reeds 1 keer in contact met justitie en 14,1% had al meerdere contacten met justitie (tabel 82).

**Tabel 82**
***Eerder druggerelateerd contact met justitie (2003)***

| | N | % |
|---|---|---|
| geen | 1.647 | 55,2 |
| eenmaal | 518 | 17,4 |
| meermaals | 420 | 14,1 |
| onbekend | 399 | 13,4 |
| **totaal** | **2.984** | **100,0** |

Bron: Van Hal, 2004

Net zoals in 2000 gebruiken de meeste geverbaliseerde personen cannabis (74,3%) (Van Hal, 2004). XTC en amfetamines worden door respectievelijk 9,6% en 13% van de geregistreerde personen gebruikt. Heroïne, cocaïne en zeker LSD worden veel minder gebruikt (tabel 83). In vergelijking met 2000 is het cannabisgebruik en het gebruik van XTC gedaald.

112 De percentages van de <18-jarigen zijn enkel berekend tegenover de parketten die minderjarigen geregistreerd hebben. De overige percentages zijn berekend tegenover de totale registratie.

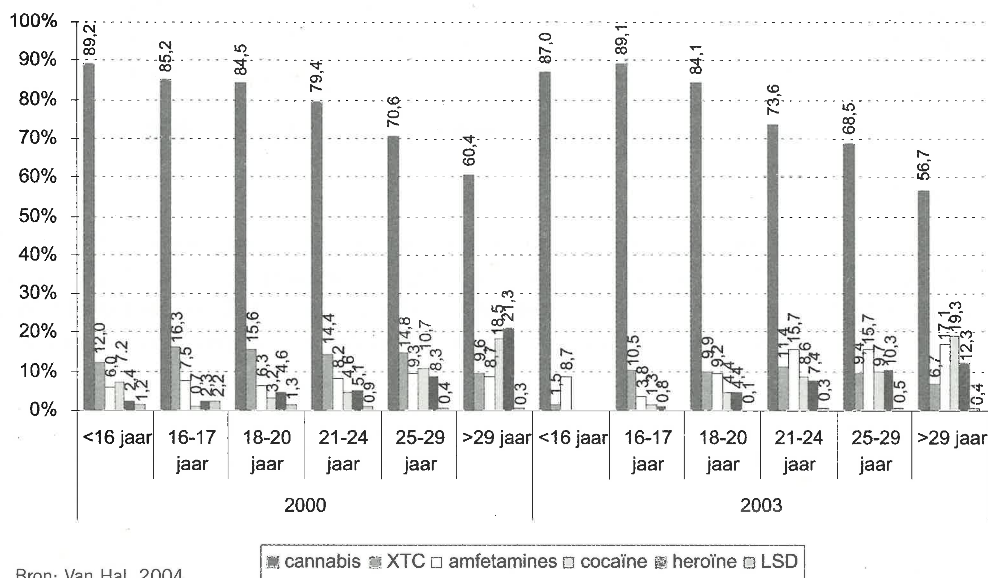
## Tabel 83
*Gebruikte producten*[113]

| product[114] | 2000 N | 2000 % | 2003 N | 2003 % |
|---|---|---|---|---|
| cannabis | 2.906 | 77,4 | 2.216 | 74,3 |
| XTC | 372 | 14,3 | 257 | 9,6 |
| amfetamines | 379 | 14,6 | 347 | 13,0 |
| cocaïne | 264 | 7,0 | 258 | 8,6 |
| heroïne | 289 | 7,7 | 216 | 7,2 |
| LSD en hallucinogenen | 37 | 0,9 | 9 | 0,3 |

Bron: Van Hal, 2004

Op alle leeftijden wordt voornamelijk cannabis gebruikt (grafiek 42) (Van Hal, 2004). Het gebruik van cannabis neemt echter af met de leeftijd. Het gebruik van amfetamines is in alle leeftijdsgroepen behalve bij de 16-17-jarigen toegenomen. Het XTC-gebruik vertoont een daling. Cocaïne- en heroïnegebruik komt meer voor bij personen boven de 25 jaar dan bij de jongeren. Tegenover 2000 zijn er in de registratieperiode 2003 minder jonge gebruikers van heroïne (20 jaar of jonger) en minder heroïnegebruikers ouder dan 29 jaar. In 2003 kwam geen cocaïnegebruik voor bij de -16-jarigen.

## Grafiek 42
*De meest gebruikte producten naar leeftijd*[115]



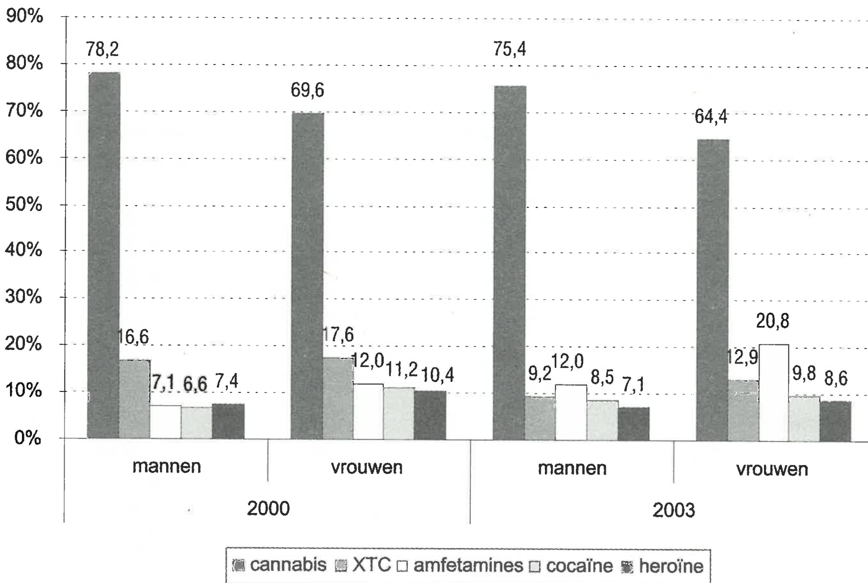

Bron: Van Hal, 2004

---

113 De cijfers voor 2000 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2001 (De Donder, 2002, p. 106).
114 Deze categorieën sluiten elkaar niet uit.
115 De cijfers voor 2000 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2001 (De Donder, 2002, p. 107).

Cannabis is zowel bij de geverbaliseerde mannen als bij de geverbaliseerde vrouwen het meest geregistreerde product (Van Hal, 2004). Cannabisgebruik is iets meer in trek bij mannen dan bij vrouwen (grafiek 43). XTC, amfetamines, cocaïne en heroïne worden daarentegen meer gebruikt door geverbaliseerde vrouwen dan door geverbaliseerde mannen. 12,8% van de geverbaliseerde druggebruikers gebruikt meerdere drugs.

**Grafiek 43**
***Gebruikte producten naar sekse***[116]




Bron: Van Hal, 2004

### 3.4.3 Veroordelingen in verband met drugmisdrijven

In 2002 werden in totaal 3.936 personen veroordeeld voor een misdrijf in verband met verdovende middelen en geneesmiddelen (Ministerie van justitie, 2004a). Dat betekent dat er 28% minder personen zijn veroordeeld dan in 1996. In de meeste gevallen betreft de veroordeling het bezit van verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotrope stoffen (3.481 veroordeelde individuen). De sterkste stijging van aantal veroordeelde individuen deed zich voor in handel (+ 26%). Net zoals voor de alcoholmisdrijven zijn de veroordeelden voor drugmisdrijven in hoofdzaak mannen. In totaal werden in 2002 3.322 mannen en 325 vrouwen veroordeeld voor een drugmisdrijf. Tegenover 1996 zien we dat in 2002 veel meer vrouwen zijn veroordeeld voor bezit (16 versus 269). In 2002 zijn er 15,5% meer mannen veroordeeld voor misdrijven in verband met handel in verdovende middelen dan in 1996.

[116] Voor 2000 zijn de gegevens over amfetamines en XTC exclusief het parket van Brussel. Voor 2001-2002 zijn de meerderjarigen van het parket Brussel buiten beschouwing gelaten. De cijfers voor 2000 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2001 (De Donder, 2002, p. 108).

### 3.4.4. Druggebruikers in de gevangenis

Modus Vivendi en Streetwise onderzochten in 2003 het druggebruik in de gevangenis (Sleiman, 2004). De vragenlijst peilde naar het druggebruik in de gevangenis en naar het eerste gebruik in de gevangenis. Gevangenen gebruiken vooral hasj (28,9%) (tabel 84). Heroïne komt op de tweede plaats (13,3%). 2,5% zegt in de gevangenis drugs te injecteren. 11,4% heeft voor het eerst hasj gebruikt in de gevangenis en 7,2% heroïne. Bijna 1% heeft voor het eerst in de gevangenis geïnjecteerd.

**Tabel 84**
***Druggebruik in de gevangenis (2003)***

| | gebruik in de gevangenis | eerste gebruik in de gevangenis |
|---|---|---|
| hasj | 28,9 | 11,4 |
| heroïne | 13,3 | 7,2 |
| cocaïne | 11,1 | 3,3 |
| speed | 11,5 | 3,7 |
| XTC | 10,0 | 3,7 |
| LSD | 4,1 | 1,5 |
| methadon | 5,8 | 2,3 |
| benzodiazepines | 11,8 | 5,3 |
| barbituraten | 3,9 | 2,5 |
| alcohol | 6,4 | 1,3 |
| andere | 3,5 | 0,8 |
| injecteren | 2,5 | 0,9 |

Bron: Sleiman, 2004

Polydruggebruik komt vaak voor: 57,6% neemt 3 of meer producten (Sleiman, 2004). 63,6% van de gevangenen gebruikt drugs om te ontspannen. 9% van de druggebruikers volgde een methadonbehandeling voordat ze in de gevangenis terechtkwamen. In de helft van de gevallen werd deze behandeling stopgezet bij aankomst in de gevangenis.

## 3.5 Misdrijven in verband met gokken

In 2002 werden 14 personen veroordeeld voor een misdrijf in verband met kansspelen en loterijen[117] (Ministerie van justitie, 2004a). Het gaat om 9 mannen en 2 vrouwen.

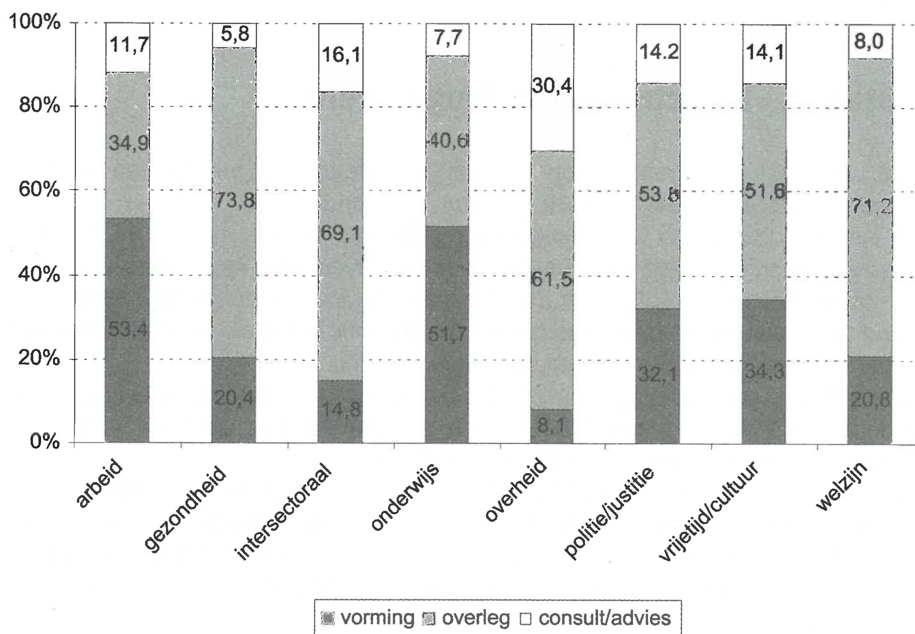
[117] Daaronder valt een overtreding van de wet van 24.10.1902 (spelen), de wet van 31.12.1851 (loterijen), de wet van 06.07.1964 (nationale loterij) en de wet van 26.06.1963 (weddenschap op sportuitslagen).

# DEEL 3
# DRUGPREVENTIE

## Hoofdstuk 1. Registratie van drugpreventie

Via Ginger, een registratiesysteem voor preventieactiviteiten, krijgen we een zicht op preventieve activiteiten in verschillende sectoren in Vlaanderen.
In 2003 werden in Ginger 5.568 preventieactiviteiten geregistreerd door 67 registrators: 13 lokale actoren, 40 regionale en 14 Vlaamse preventiewerkers (Rosiers, 2004). De lokale preventieactoren stonden in 2003 in voor 22,3% van de geregistreerde activiteiten, de regionale preventiewerkers namen 64,9% van het totaal voor hun rekening en de Vlaamse preventieactoren waren goed voor 12,8%.
In totaal besteedden de registrators in 2003 15.132 uur aan preventieactiviteiten. De grootste tijdsinvestering ging naar 3.119 overlegactiviteiten, gevolgd door 1.767 vormingsactiviteiten en 682 consult- en adviesactiviteiten.
De sector onderwijs scoort met 31,8% van de activiteiten het hoogst. Intersectorale samenwerking staat op de tweede plaats met 23,2% van de activiteiten en in de vrijetijds- en cultuursector vond 10,2% van de preventieve activiteiten plaats. De overige sectoren (gezondheid, welzijn, overheid, arbeid, politie/justitie) scoren minder dan 10% van de activiteiten.
Overleg maakt het grootste deel van de activiteiten uit in de sectoren gezondheid (73,8%), welzijn (71,2%), intersectoraal samenwerken (69,1%) en overheid (61,5%) (grafiek 44). In vergelijking met 2002 is het aandeel van overleg vooral gestegen in de sectoren onderwijs en welzijn. In de sectoren arbeid (53,4%) en onderwijs (51,7%) zijn vormingsactiviteiten in de meerderheid. Consult en advies komt relatief meer voor in de sector overheid (30,4%) dan in de overige sectoren.

**Grafiek 44**
***Percentueel aandeel activiteiten per sector (2003)***

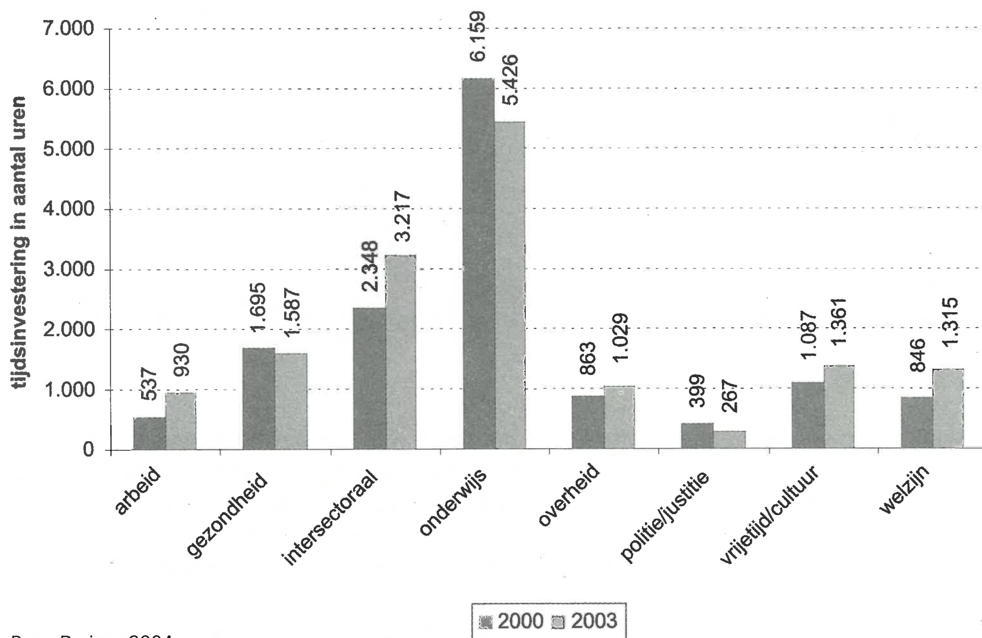



Bron: Rosiers, 2004

Net zoals de voorgaande jaren zijn intermediairen[118] met 49,2% veruit de belangrijkste doelgroep van preventieactiviteiten (Rosiers, 2004). In alle sectoren worden zij aanzienlijk bereikt. Cliëntsystemen worden in 2003 (20,4%) minder sterk bereikt dan in 2002 (27,0%). Zij komen het meest aan bod in de sectoren onderwijs en vrijetijd/cultuur. Het bestuursniveau wordt in 2003 (16,2%) minder bereikt dan het jaar voordien (18,0%). De preventiewerkers blijven op hetzelfde peil als in 2002 (13,4%).
De totale tijdsinvestering is met 20% toegenomen. Er zijn meer geregistreerde activiteiten en daarnaast is de tijdsinvestering per activiteit eveneens gestegen. De tijdsinvestering is het grootst in de onderwijssector (5.426 uur) (grafiek 45)[119]. Intersectoraal werken staat met 3.217 uur op de tweede plaats qua tijdsinvestering. Duidelijke stijgers inzake gemiddelde tijdsinvestering per activiteit zijn de sectoren welzijn (+25,5%), gezondheid (+33%) en vooral de sector arbeid (+105,7%). Gemiddeld duurt een geregistreerde activiteit 2 uur en 43 minuten.

[118] Intermediairen zijn bijvoorbeeld hulpverleners, onderwijzend personeel, jeugdwerkers.
[119] Dit is voor een groot deel te wijten aan de groeiende groep registrators uit het onderwijs.

**Grafiek 45**
***Tijdsduur van de geregistreerde activiteiten (2003)***




Bron: Rosiers, 2004

De drie sectoren waar de meeste activiteiten worden geregistreerd en waarin de meeste tijd wordt geïnvesteerd, namelijk onderwijs, gezondheid en intersectoraal werken, bekijken we verder in detail.

65,1% van de activiteiten in het onderwijs gaat naar het secundair onderwijs (Rosiers, 2004) (tabel 85). ASO en TSO blijven de meest bereikte onderwijsvormen.
17,2% van de activiteiten heeft betrekking op het basisonderwijs, in hoofdzaak op het lager onderwijs. Het aandeel activiteiten in het hoger onderwijs is gestegen van 4,4% in 2002 naar 8,1% in 2003. Alle andere categorieën blijven onder de 5%.

**Tabel 85**
***Aantal en percentueel aandeel van de activiteiten in het onderwijs (2003)***

| | N | % |
|---|---|---|
| basisonderwijs | 326 | 17,2 |
| secundair onderwijs | 1.237 | 65,1 |
| hoger onderwijs | 154 | 8,1 |
| koepels | 20 | 1,1 |
| ouderverenigingen | 61 | 3,2 |
| CLB | 73 | 3,8 |
| andere | 28 | 1,5 |
| (meerdere) | (77) | |
| **totaal** | **1.899**[120] | **100,0** |

Bron: Rosiers, 2004

De doelgroep van preventieactiviteiten in het onderwijs bestaat hoofdzakelijk uit intermediairen en leerlingen (Rosiers, 2004). In het onderwijs worden vooral vorming (51,7%) en overleg (40,6%) als preventieactiviteiten gebruikt. Vorming betreft dan vooral attitude/informatie en informatieoverdracht; overleg heeft in de eerste plaats betrekking op werkgroepparticipatie, uitwisseling/afstemming en voorbereiding.

In de gezondheidssector, de tweede meest bereikte sector, hadden de meeste activiteiten betrekking op de CGG (46,3%) (Rosiers, 2004). De activiteiten voor preventiewerkers (43,4%) en intermediairen (38,4%) zijn in de gezondheidssector het belangrijkst. Overleg komt in de gezondheidssector het vaakst voor (73,8%) en vorming komt op de tweede plaats met 20,4% van de activiteiten. Overleg betreft hier doorgaans uitwisseling/afstemming. De meest voorkomende vormingsactiviteiten zijn attitude/informatie, informatieoverdracht en vaardigheidstraining.

De overheidssector (57,4%), de gezondheidssector (55,5%) en de welzijnssector (53,4%) nemen vaker deel aan intersectorale samenwerking dan de overige sectoren (Rosiers, 2004). De belangrijkste doelgroep van intersectorale samenwerking vormen de intermediairen (51,6%). Er gebeurt vooral overleg dat hoofdzakelijk bestaat uit uitwisseling/afstemming.

[120] Het totaal is hoger dan de som van het aantal activiteiten in de sector onderwijs. Dit komt omdat men onder detailsector de optie 'meerdere' kan kiezen. Hier maken 77 activiteiten melding van meer dan één detailsector waardoor het totaal (n=1.899) hoger ligt dan het aantal activiteiten (n=1.772).

# Hoofdstuk 2. Drugbeleid op school

Uit de kwalitatieve implementatiestudie van het drugbeleid op 7 Oost-Vlaamse scholen van Maes en Pollet (2004) kunnen de volgende conclusies worden getrokken.
Het onderzoek ging in eerste instantie na hoe de scholen de 3 pijlers van een Drugbeleid Op School (DOS) namelijk plan, interventie en opvoeding, invullen. Uitgezonderd in 1 school waar de pijler 'opvoeding' niet is ingevuld, hebben alle scholen, weliswaar elk op hun eigen manier, een invulling gegeven aan de 3 pijlers van een drugbeleid.
De klemtoon in het drugplan ligt in alle scholen op begeleidende maatregelen en niet op sanctionerende maatregelen. 5 scholen hebben duidelijke regels over roken opgenomen in het schoolreglement. Alle 7 scholen hebben regels in verband met alcohol en illegale drugs in het schoolreglement beschreven. Slechts 1 school expliciteert regels in verband met het gebruik van medicatie in het schoolreglement. Geen enkel schoolreglement bevat regels over roken of druggebruik aan de schoolpoort of informatie over de aanpak bij gebruik. Op 1 school na bevat geen enkel schoolreglement informatie over de sancties die toegepast worden bij het overtreden van de regels op het gebied van roken, gebruik van alcohol of illegale drugs. 3 scholen op 7 hebben een stappenplan uitgeschreven met de strategie die gevolgd wordt wanneer druggebruik wordt vastgesteld. 1 school geeft meer uitleg bij de begeleidingsprocedure bij doorverwijzing en 6 op 7 scholen geven aan wanneer de politie verwittigd wordt. 3 scholen vinden het druggebruik van leerlingen in de vrije tijd ook een zorg van de school. Op alle scholen zijn er afspraken over de rollen en taken van verschillende betrokkenen, maar die staan in geen enkele school op papier.
6 scholen op 7 nemen de begeleiding van leerlingen met druggerelateerde problemen zelf op. In evenveel scholen bestaat er de mogelijkheid om leerlingen door te verwijzen naar een gespecialiseerde dienst buiten de school.
Drugpreventie is in de eerste graad in 3 scholen vooral competentiegericht, in 1 school vooral themagericht en in 2 scholen zowel competentie- als themagericht. In de tweede graad vinden in 4 scholen vooral themagerichte preventieve activiteiten plaats. In 2 scholen is er aandacht voor themagerichte en competentiegerichte preventieve activiteiten. In de derde graad is de drugpreventie in 4 scholen themagericht en in 2 scholen competentiegericht. Slechts in één school komt drugpreventie systematisch in de lessen aan bod waardoor er sprake is van een zekere continuïteit.

Welke actoren betrokken zijn bij het drugbeleid op school en wat precies hun rol daarin is, werd eveneens onderzocht. 4 scholen hebben een werkgroep of 'cel' waar druggerelateerde problemen besproken worden. In alle scholen is er slechts een beperkte groep van actoren (directie, centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB), graadcoördinatoren of een beperkt aantal leerkrachten) goed op de hoogte van het drugbeleid en de begeleiding op dit vlak. Andere actoren vervullen vooral een signaliseringsfunctie. De directie neemt in 2 scholen de volledige interventie en begeleiding op zich. Op de andere scholen is de directie wel betrokken bij de begeleiding van drugproblemen, maar nemen andere actoren zoals leerkrachten of CLB dit actief op. Op geen enkele school worden niet-gespecialiseerde leerkrachten betrokken bij de beslissingen in het kader van een drugbeleid. De rol van het CLB met betrekking tot begeleiding verschilt sterk van school tot school. Op de scholen waar de directie zowat alles qua begeleiding op

zich neemt, speelt het CLB een minder belangrijke rol bij de aanpak van drugproblemen. In 1 school worden leerlingen onmiddellijk doorverwezen en daar speelt het CLB eveneens een minimale rol. Op de 4 andere scholen komen leerlingen wel gemakkelijker bij het CLB terecht. In alle scholen wordt het CLB betrokken bij de beslissingen in het kader van een drugbeleid. Als er een leerlingenraad of een oudercomité is op school hebben deze uitsluitend een adviesfunctie. Op alle scholen, uitgezonderd 1, zijn er tal van contacten met externe organisaties in verband met drugproblemen op school. Deze samenwerking wordt over het algemeen positief geëvalueerd. Externe diensten geven informatie en advies bij concrete problemen en situaties, geven ondersteuning bij preventieve acties, ze informeren leerlingen, personeel of ouders en ze begeleiden doorverwezen leerlingen.

Maes en Pollet (2004) gingen na of er bij de implementatie van het drugbeleid op school aandacht was voor samenhang, competentie, organisatie en beleidskoppeling. Behalve in 1 school is het drugbeleid in alle scholen geïmplementeerd. Op alle scholen is er een zorg voor competentie aanwezig. Leerkrachten en andere actoren hebben de mogelijkheid om bijscholingen te volgen of materiaal aan te kopen. Op 1 school na is er in alle scholen zorg voor samenhang. Er is namelijk steeds 1 persoon die instaat voor de coördinatie van het drugbeleid. Slechts in één school is er een tekort aan zorg voor organisatie: er is geen werkgroep en geen uitgewerkt drugplan. In 6 van de 7 scholen is er voldoende aandacht voor 'zorg voor beleidskoppeling' wat betekent dat het drugbeleid geïntegreerd wordt in het schoolleven.

In verband met het drugbeleid signaleren de scholen een aantal gemeenschappelijke knelpunten. Verschillende respondenten zijn van mening dat leerlingen meer moeten betrokken worden bij het drugbeleid. Ook leerkrachten en ouders zouden volgens veel respondenten meer inspraak moeten krijgen in het drugbeleid op school. Alle actoren, de leerkrachten in het bijzonder, vinden het moeilijk om signalen op te vangen die wijzen op druggebruik. Ook is er een gebrek aan productinformatie. Verder zijn er nog heel diverse schoolspecifieke knelpunten.

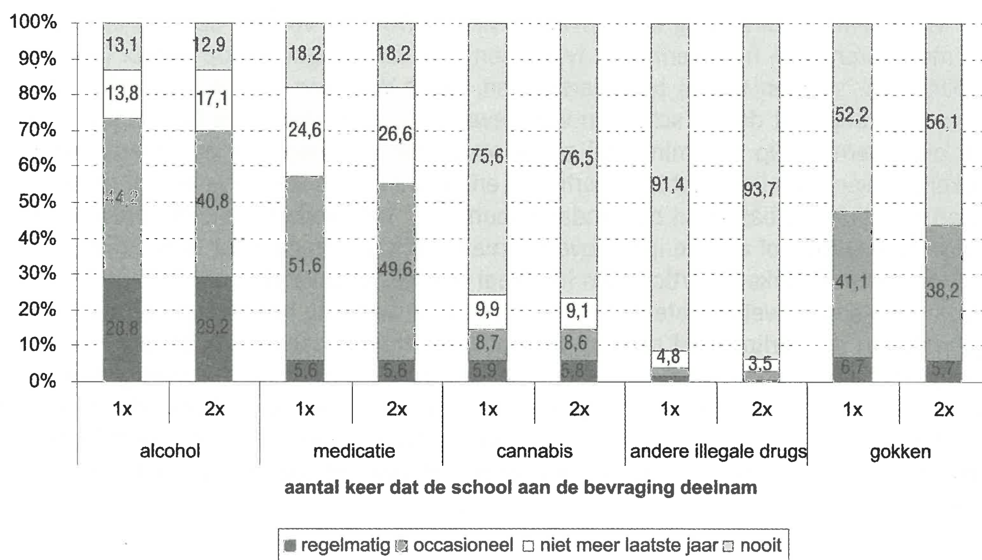
# Hoofdstuk 3. VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school

De VAD-leerlingenbevraging is opgevat als een instrument voor de scholen om actief, én met inbreng van hun leerlingen, te werken rond een drugbeleid op school (Kinable, 2004). Om scholen hierbij te ondersteunen, heeft VAD een vorming op maat uitgewerkt. Dit betekent dat de school in vele gevallen na haar deelname een aantal acties zal ondernemen. Op zijn minst zal ze de resultaten - in beperkte of ruimere mate - bekendmaken (aan leerkrachten, leerlingen en/of ouders). In vele gevallen zal de school daarnaast ook, op basis van de aandachtspunten in het rapport, concrete preventieactiviteiten opzetten of andere initiatieven nemen (het schoolreglement herschrijven, een stappenplan uitwerken, participeren in lokaal overleg, enzovoort).
Om na te gaan in welke mate deze initiatieven hun weerslag hebben op het middelengebruik van de leerlingen of op hun perceptie van het schoolklimaat (sfeer op school, relatie met leerkrachten en met klasgenoten, bespreekbaarheid van het thema drugs op school en het schoolreglement) vergeleek VAD de resultaten van scholen die voor het eerst deelnamen en scholen die al voor de tweede maal deelnamen met elkaar. De twee groepen verschilden niet qua samenstelling op het vlak van leerjaar, geslacht of onderwijsvorm.

In verhouding waren evenveel leerlingen uit beide groepen al in contact gekomen met alcohol (Kinable, 2004). In de scholen die voor de tweede maal deelnamen aan de bevraging waren er wel minder leerlingen die ook nog het afgelopen jaar alcohol hadden gedronken (grafiek 46). Dat verschil vonden we voornamelijk terug bij de oudste leerlingen (92,1% versus 87,0%) en bij de meisjes (71,3% versus 67,1%).
Wat medicatie- en cannabisgebruik betreft waren er over de hele groep leerlingen geen verschillen (grafiek 46). Wel lag het laatstejaarsgebruik van cannabis in het ASO hoger, en in het TSO lager in de scholen die voor het eerst deelnamen (respectievelijk 10,9% versus 8,3% en 17,2% versus 22,0%). Er waren meer TSO-leerlingen in de scholen die voor de tweede maal deelnamen die occasioneel cannabis gebruikten dan in de scholen die voor het eerst deelnamen.
Het ooit-gebruik, maar niet het laatstejaarsgebruik van andere illegale drugs dan cannabis lag lager in de scholen die voor de tweede maal deelnamen, en dit zowel voor jongens als voor meisjes (grafiek 46). Dit verschil is vooral te zien bij de jongste leerlingen (1,7% versus 0,1%) en in het ASO (2,1% versus 0,8%).

## Grafiek 46

***Middelengebruik in scholen die voor het eerst dan wel voor de tweede maal deelnamen aan de bevraging***




Bron: Kinable, 2004

Er bestaat ook een verschil in gokken: dat is duidelijk lager in scholen die voor de tweede maal hebben deelgenomen (Kinable, 2004). Dat verschil doet zich vooral voor bij de 15-16-jarigen. Met name het spelen op gokautomaten ligt lager in scholen die meerdere keren deelnamen, vooral bij de 15-plussers, zowel bij jongens als bij meisjes, en vooral in het ASO en het BSO.

Verder tonen de resultaten van de vergelijking dat leerlingen in de scholen die meer dan eens deelnamen het thema drugs meer bespreekbaar achten dan leerlingen in scholen die voor het eerst deelnamen (Kinable, 2004). Het zijn vooral jongens en leerlingen uit het ASO die de bespreekbaarheid van het thema gunstiger inschatten.

Ook over de sfeer op school werden een aantal verschillen gevonden (Kinable, 2004). In scholen die al meermaals hebben deelgenomen aan de bevraging beoordelen de leerlingen de sfeer op school beter dan in scholen die slechts eenmaal hebben deelgenomen. In die scholen vinden meer leerlingen - vooral de jongsten en de meisjes - de sfeer op school goed.
De relatie met de leerkrachten is opvallend beter in de scholen die al tweemaal hebben deelgenomen aan de bevraging, en dit op alle vlakken.
Er is weinig verschil in de relatie van de leerlingen met hun klasgenoten, op één uitzondering na: minder leerlingen maken melding van het feit dat ze vaak worden gepest in de scholen die meer dan eens deelnamen aan de bevraging, voornamelijk in de leeftijdscategorie van twaalf tot en met veertien jaar.

Ongeacht het feit of de scholen gewerkt hebben aan het schoolreglement en aan de communicatie hierover, wordt vastgesteld dat er zeker niet meer leerlingen zijn in de scholen die tweemaal hebben deelgenomen die het reglement hebben gelezen (Kinable, 2004). Wel integendeel, er zijn er meer die het helemaal niet hebben gelezen. Het zijn vooral de oudste leerlingen (17-18 jaar) die het reglement niet hebben gelezen.

# DEEL 4
# SAMENVATTING

Om de aard, de omvang en de spreiding van middelengebruik en gokken na te gaan, vertrekken we van officiële/administratieve statistieken, registratiestudies, bevolkingsstudies en onderzoek.
Een voordeel van de administratieve cijfers is dat ze op regelmatige basis, meestal jaarlijks, verzameld worden. Een nadeel is dat de methodologie meestal niet duidelijk omschreven wordt, wat de interpretatie van dit soort data bemoeilijkt.
Registratie hoort vaak bij het permanente takenpakket van veel instellingen, maar rapportering van registratiegegevens gebeurt zeker niet continu.
Bevolkingsstudies gebeuren meestal eenmalig. Pas als onderzoek verschillende malen herhaald wordt, kunnen trends vastgesteld worden.
In de gezondheidsenquête die bij een representatieve steekproef van de Belgische bevolking werd afgenomen komt het gebruik van alcohol, psychoactieve medicatie en illegale drugs aan bod. Het voordeel van de gezondheidsenquête is dat de resultaten voor de volledige Belgische bevolking spreken. Het nadeel is dat middelengebruik maar één van de vele gezondheidsthema's is waarover informatie wordt ingewonnen. Dat betekent dat alleen sleutelindicatoren in de vragenlijst zijn opgenomen en dat er geen diepgaande analyse van middelengebruik wordt gemaakt.
De meeste bevolkingsstudies spitsen zich toe op schoolgaande jongeren. Schoolgaande jongeren zijn veruit de enige groep waarbij het middelengebruik systematisch en iets diepgaander wordt onderzocht. Uiteraard verdient dat aanbeveling, maar een aantal andere groepen, die misschien meer risico lopen op middelenmisbruik, komen niet in beeld.
Een andere dankbare doelgroep voor onderzoek naar middelengebruik zijn de cliënten van (drug)hulpverleningsinstellingen. Van deze groep worden de kenmerken geregistreerd en in 2001-2004 gebeurde er ook onderzoek in de hulpverleningssector.
Welk onderzoek voorrang krijgt en welke thema's onderzocht worden is afhankelijk van beschikbare budgetten en daarmee samenhangend ook van de beleidsprioriteiten. Bijgevolg wisselen de onderzoeksthema's van jaar tot jaar. In dit jaarboek worden ook enkele kwalitatieve onderzoeken besproken. Met het oog op het inschatten van de aard en de omvang van de drugproblematiek en op het evalueren van de hulpverlening zijn kwalitatieve onderzoeksgegevens een noodzakelijke aanvulling op kwantitatieve gegevens.

Voor de periode 2001-2004 zijn heel wat cijfers beschikbaar die middelengebruik in de maatschappij verduidelijken. Voor alcohol en medicatie brengen we de markt in kaart van de productie, in- en uitvoer, afname en tewerkstelling. Voor illegale drugs gaan we hiervoor uit van de inbeslagnames. Een kosten-batenanalyse zegt ons welke kosten en baten aan alcoholgebruik kunnen toegeschreven worden.
Voor de periode waarover we spreken, wijden we ook uit over de mening die mensen hebben over drugs en druggebruik. Daartegenover plaatsen we hun gebruikspatroon. De recentste cijfers geven een indicatie van het middelengebruik van jongeren en van volwassenen.

De gevolgen van middelengebruik situeren zich op drie terreinen. Enerzijds op het vlak van gezondheid waar middelenmisbruik aanleiding kan geven tot ziektes of overlijden. Problematisch middelengebruik kan een reden zijn om hulp te zoeken. Ten slotte kan men door drug- en alcoholmisdrijven geconfronteerd worden met de werking van het justitieel apparaat. Om dit alles te voorkomen is preventie aangewezen. Hoewel er in Vlaanderen heel wat gerealiseerd wordt op het gebied van preventie wordt dit weinig gekwantificeerd. Enkel de Gingerregistratie geeft een systematisch beeld van preventieactiviteiten in Vlaanderen. Dit wordt aangevuld met onderzoek over Drugbeleid op School.

We zetten de opvallende bevindingen over alcohol, psychoactieve medicatie, illegale drugs, gokken en preventie uit de diverse geciteerde bronnen op een rij en geven de voor ons opvallende lacunes in het cijfermateriaal aan.

# I - OVER PRODUCTEN

## Alcohol

### *markt*

De productiecijfers van alcohol zijn niet consistent. Afhankelijk van de geraadpleegde bron komen we heel andere waarden tegen. Uitgaande van de NIS-statistieken produceerde België in 2002 1,5 miljard liter bier en 7,7 miljoen liter sterke drank. Bier is een belangrijk exportproduct. In 2003 voerde België meer dan 680 miljoen liter bier uit. Belgische gezinnen geven op jaarbasis nochtans meer uit aan wijn en aperitieven dan aan bier. Bier wordt echter het meest gedronken. Per hoofd van de bevolking werd in 2002 gemiddeld 96 liter bier, 17 liter wijn en 3,5 liter sterke drank gedronken. Dit komt neer op 7,9 liter pure alcohol in totaal, waarmee België de achttiende plaats op wereldvlak inneemt inzake alcoholconsumptie. De gemiddelde consumptie van alcohol is in 2002 tegenover 2000 licht gedaald. De consumptie van bier en wijn ging achteruit. Het verbruik van sterke drank steeg licht. Toch scoort België nog opvallend lager dan Nederland, Frankrijk en Duitsland op het drinken van sterke drank.

### *opinies*

De helft van de jongeren vindt iemand die elke dag alcohol gebruikt een verslaafde. In het eerste jaar van het secundair onderwijs vinden ongeveer 6 op 10 jongeren dat jongeren een groot risico lopen wanneer ze 5 of meer alcoholische drankjes na elkaar drinken. In het vijfde jaar vinden al veel minder jongeren dat een groot risico. Jongens schatten het risico verbonden aan alcoholgebruik lager in dan meisjes.

### *gebruik*

70% van de leerlingen in het secundair onderwijs dronk het afgelopen jaar alcohol. 29% deed dit minstens wekelijks. Alcoholgebruik stijgt met de leeftijd en jongens drinken frequenter dan meisjes. Bier wordt vaker gedronken dan andere alcoholische dranken. Bijna een kwart van de leerlingen in het secundair onderwijs dronk het afgelopen jaar minstens één keer per week bier.

13% van de jongens en 5% van de meisjes dronk de voorgaande dag alcohol.
16% van de 11-12-jarigen kocht al ooit alcohol voor zichzelf. Bij de 15-16-jarigen gaat het om 50% en bij de 17-18-jarigen om 67%.
Gemiddeld drinken jongeren 9 glazen alcohol per week. Jongens drinken gemiddeld 12 glazen per week, waarvan 7 in het weekend. Meisjes drinken gemiddeld 6 glazen per week, waarvan 4 in het weekend.
Schoolgaande jongeren proberen alcohol voornamelijk om te proeven en om te weten welk effect het heeft. De beoogde effecten van het drinken van alcohol zijn volgens hen: ontspanning, zich goed voelen, goedgeluimd zijn, problemen vergeten, minder timide en meer open durven zijn. Hoe frequenter alcohol wordt gedronken, hoe frequenter ook het tabaksgebruik.
Het fenomeen 'binge drinking', gedefinieerd als minstens 5 alcoholische dranken na elkaar drinken, komt in België minder voor dan in Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. 22% van de Belgische jongeren dronk de voorbije maand 3 keer of meer 5 alcoholische dranken na elkaar (28% jongens en 14% meisjes).
In Vlaanderen was 25% van de 17-18-jarige jongens en 8% van de meisjes tussen 17 en 18 jaar ooit meer dan 10 keer echt dronken.
Alcohol blijkt de meest gebruikte uitgaansdrug te zijn. Bijna 7 op 10 uitgaanders gebruikten in het laatste jaar minstens 1 maal per week alcohol.

In het Vlaams Gewest consumeert 11% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dagelijks alcohol. Dit percentage bedraagt 7% voor de vrouwen en 11% voor de mannen. Het dagelijks gebruik van alcohol stijgt met de leeftijd. Tussen 45 en 75 jaar drinkt ongeveer 17% van de Vlamingen iedere dag. Er zijn significant meer mannen dan vrouwen die gewoonlijk tijdens de week alcohol drinken (40% tegenover 27%). De grootste groep gebruikers van alcohol tijdens de week zien we bij mannen in de leeftijdscategorie 65-74 jaar en bij vrouwen tussen 45 en 54 jaar. 77% mannen en 66% vrouwen zeggen gewoonlijk in het weekend te drinken. In België drinken de mannen ouder dan 15 jaar gemiddeld 9 glazen alcohol per week, de vrouwen 3,6 glazen.

### *problematisch gebruik*

5% van de alcoholdrinkers voldoen aan de CAGE-criteria van problematisch alcoholgebruik: 7% mannen en 2% vrouwen. De proportie problematische alcoholgebruikers is het grootst in de leeftijdsgroep 55-64 jaar. Voor de wereldgezondheidsorganisatie is er sprake van schadelijk alcoholgebruik vanaf 6 glazen alcohol per dag voor mannen en bij vrouwen vanaf 4 glazen alcohol per dag. In België zijn er tussen de 4,5% en 6,8% probleemdrinkers, ofwel tussen 378.843 en 568.265 personen.

### *verkeer*

De negatieve gevolgen van alcoholgebruik manifesteren zich sterk op het vlak van de verkeersongevallen. Waar er in 1999 bij 8,1% van de ongevallen sprake is van alcoholgebruik is dat in 2001 gestegen tot 8,4%. Bij ongevallen met doden of gewonden is in 2001 in 10% van de gevallen 1 van de bestuurders onder invloed van alcohol. Ook hier zien we een lichte toename tegenover 1999 (9,9%).
De meeste ongevallen zijn echter niet te wijten aan overmatig alcoholgebruik. In de leeftijdsklassen 25 tot 29 jaar en 30 tot 39 jaar zijn het meest 'dronken' bestuurders

te vinden. Van de bestuurders tussen 18 en 24 jaar die betrokken waren in een ernstig ongeval is 7,7% onder invloed van alcohol.

### *ziekte & sterfte*

Chronisch alcoholgebruik heeft ook consequenties voor de individuele gezondheid van de drinker. De lever en het zenuwstelsel zijn het gevoeligst voor schade door alcoholgebruik. Jaarlijks zijn ongeveer 19.000 opnames in ziekenhuizen het gevolg van alcoholgebruik.
In 2002 stierven 204 Vlaamse mannen en 98 Vlaamse vrouwen aan alcoholische leverziekte. Het gaat vooral om levercirrose. Bij 68 mannen en 22 vrouwen wordt de doodsoorzaak in verband gebracht met psychische stoornissen en gedragsstoornissen als gevolg van alcoholgebruik, bijvoorbeeld alcoholafhankelijkheid.
In het Brussels Gewest is alcohol verantwoordelijk voor 2,3% van alle overlijdens (3,3% bij de mannen en 1,4% bij de vrouwen). De alcoholgerelateerde mortaliteit is het hoogst bij de 45-55-jarigen.

### *hulpverlening*

1,8% van de Belgen had het laatste jaar een alcoholgerelateerde stoornis (gedefinieerd op basis van de DSM IV). 16,5% raadpleegde daarvoor een professionele hulpverlener. 10% van de patiënten die een huisarts consulteren heeft een alcoholstoornis. Bij de DrugLijn ging in 2003 19% van de gesprekken over alcohol.
Alcohol wordt niet zo vaak als eerste product genoemd bij cliënten in de gespecialiseerde drughulpverlening. Dit heeft uiteraard te maken met het feit dat enkel centra met een RIZIV-conventie zijn opgenomen in het registratiesysteem van deze hulpverleningscentra. Voor 3,6% van de cliënten in behandeling bij de centra die zijn aangesloten bij de VVBV is alcohol het voornaamste product.

### *justitie*

Rijden onder invloed is strafbaar vanaf een alcoholgehalte van 0,5‰ in het bloed. Met eindejaar 2003/2004 werden 5,4% positieve tests afgenomen. Dat is 2,5% minder dan tijdens de eindejaarsperiode 2001/2002 hoewel het aantal afgenomen tests meer dan verdubbelde. Bij een aselecte alcoholcontrole die het BIVV in samenwerking met rijkswacht en gemeentepolitie in 2003 organiseerde, had 3,4% een alcoholgehalte boven de wettelijke limiet.

In 2003 verbaliseerden de politiediensten 13.700 alcoholmisdrijven. In 2002 werden 2.058 personen veroordeeld voor openbare dronkenschap. 19.148 personen werden toen veroordeeld voor dronkenschap in het verkeer. Tegenover 1995 is dat een daling van 23%.

### *maatschappelijke kost*

Alcoholconsumptie kost de maatschappij 5,97 miljard EUR. De directe gezondheidszorgkosten bedragen 0,55 miljard EUR, de jaarlijkse kosten van verkeersongevallen veroorzaakt door alcoholgebruik 1,45 miljard EUR. De directe kosten in de werkomge-

ving bedragen 2,18 miljard EUR, de overige directe kosten[121] 0,05 miljard EUR. De indirecte productiviteitsverlieskosten door morbiditeit en mortaliteit bedragen respectievelijk 0,35 miljard EUR en 1,1 miljard EUR.

## Psychoactieve medicatie

### *markt*

Nog meer dan alcohol exporteert België geneesmiddelen. De farmaceutische verwerkende nijverheid zorgt dan ook voor heel wat tewerkstelling. De verkoop van medicatie is enorm. Met ons allen kochten we in 2003 meer dan 40 miljoen verpakkingen niet-narcotische pijnstillers. Maar ook de verkoop van kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen (vooral benzodiazepines) ligt enorm hoog. In 2003 werden 15 miljoen verpakkingen van deze geneesmiddelen verkocht. We zien dat de voorschriften voor benzodiazepines vooral gegeven worden aan relatief oudere vrouwen (65-plussers en 40- tot 54-jarigen). Ruim 16.000 voorschriften voor benzodiazepines waren bestemd voor meisjes jonger dan 20 jaar. De verkoop van antidepressiva en van psychostimulantia zit duidelijk in de lift. In 2003 werden 7,6 miljoen eenheden van antidepressiva verkocht. In vergelijking met 2002 is de verkoop met 4,4% gestegen. Psychostimulantia vormen qua verkoop de kleinste groep onder de psychoactieve medicatie met 709.968 verkochte eenheden in 2003. Nochtans is de verkoop van deze producten in 2003 met 55% gestegen. Deze toename is vooral te wijten aan het grote succes van producten op basis van methylfenidaat (Rilatine® en Concerta®), die worden voorgeschreven bij ADHD. De verkoop van deze producten steeg met 12% tegenover 2002.
Toch gaat er in het huishoudbudget, in vergelijking met de uitgaven voor alcohol, niet zo'n groot bedrag naar geneesmiddelen. Er wordt gemiddeld 300 EUR per jaar aan medicatie uitgegeven. Het ligt voor de hand dat ouderen en gepensioneerden het meest uitgeven aan medicijnen.

### *gebruik*

België behoort tot de landen met het hoogste percentage jongeren dat ooit slaap- of kalmeringsmiddelen op voorschrift gebruikte.
In het secundair onderwijs gebruiken meer meisjes dan jongens medicatie. 55% van alle leerlingen nam het afgelopen jaar medicatie. Leerlingen uit het BSO en het TSO nemen regelmatiger medicatie dan leerlingen uit het ASO. Medicatiegebruik neemt ook toe met de leeftijd. Wanneer andere geneesmiddelen dan lichte pijnstillers worden genomen, nemen jongeren ze vaker regelmatig, dit wil zeggen minstens wekelijks.
In Limburg nam 19% van de jongeren de laatste maand 4 keer of meer een lichte pijnstiller.

In het Vlaams Gewest is de prevalentie van psychische klachten gedaald, maar nam de consumptie van psychoactieve geneesmiddelen toch toe. Er worden vooral slaapmiddelen gebruikt (gemiddeld 7%), maar ook kalmeringsmiddelen (gemiddeld 5%) en antidepressiva (gemiddeld 4%). 4% gebruikt verschillende psychoactieve geneesmiddelen

[121] Daarmee wordt bedoeld, het deel van de totale uitgaven aan politiediensten, gerechtelijk apparaat en gevangeniswezen dat toe te schrijven is aan alcoholgebruik.

samen. Het gebruik van psychoactieve medicatie is hoger bij vrouwen (15%) dan bij mannen (8%). Zowel bij vrouwen als bij mannen stijgt het gebruik met de leeftijd. 8% van de mannen tussen 45 en 64 jaar en 13% van de vrouwen uit deze leeftijdsgroep gebruikte de afgelopen 24 uur een geneesmiddel in verband met het zenuwstelsel.

Uit kwalitatief onderzoek komt naar voor dat huisartspatiënten vaak meerdere klachten aangeven, waaronder inslaapmoeilijkheden en psychosociale problemen waardoor ze benzodiazepines beginnen te nemen. Met de arts wordt vaak geen termijn afgesproken waarbinnen ze de benzodiazepines moeten nemen. De meeste van de huisartspatiënten weten heel weinig over benzodiazepines, maar ze hebben ook geen behoefte aan meer informatie over deze medicatie omdat ze de huisarts vertrouwen en omdat ze hun eigen gedrag niet in vraag willen stellen. In ziekenhuizen krijgen patiënten bijna automatisch benzodiazepines toegediend. In de ziekenhuissetting is er minder plaats voor een niet-medicamenteuze behandeling en patiënten verwachten dit ook niet.

### *sterfte*

Ieder jaar sterven mensen al dan niet opzettelijk door medicatiegebruik: in 2002 ging het om 20 mannen en 23 vrouwen. Zelfmoord gebeurt in 10% van de gevallen door vergiftiging. Er worden dan vooral geneesmiddelen ingenomen (7% bij mannen en 17% bij vrouwen).
Het Brussels Gewest noteert per jaar gemiddeld 17 overlijdens als gevolg van medicatiegebruik.

### *hulpverlening*

De afhankelijkheid van geneesmiddelen is een ietwat andere problematiek in vergelijking met afhankelijkheid van alcohol of illegale drugs omdat het hier om legaal verstrekte producten gaat die vaak door een arts zijn voorgeschreven. Uit Belgisch onderzoek blijkt dat huisartsen zich veel meer betrokken voelen bij de problematiek van het voorschrijven van benzodiazepines dan specialisten die in een ziekenhuissetting werken. In de specifieke context van een ziekenhuis zien specialisten vaak geen alternatief voor het toedienen van slaap- en kalmeringsmedicatie.
In 7% van de gesprekken die de DrugLijn voert komt medicatie aan bod.
Net zoals alcohol is psychoactieve medicatie vaak niet het voornaamste product waarvoor mensen in de gespecialiseerde drughulpverlening in behandeling zijn. Voor 1,2% van de cliënten die in de VVBV-registratie zijn opgenomen zijn slaap- en kalmeringsmiddelen wel het voornaamste product. Als tweede (7,6%) en vooral als derde (9,8%) product krijgen slaap- en kalmeringsmiddelen een hogere score. In De Sleutel was medicatie in 2003 voor 2,4% van de aanmeldingen het voornaamste product.

## Illegale drugs

### *markt*

Cannabis is in de hele Europese Unie het meest inbeslaggenomen product. Dit is voor België niet anders. De laatste jaren steeg in Europa het aantal vangsten van cocaïne.

Ook in België werd in 2003 een grote hoeveelheid cocaïne in beslag genomen. Daarnaast waren er een groot aantal vangsten van amfetamines. Op de illegale drugmarkt kost cocaïne het meest (gemiddeld 45 EUR per gram) en cannabis het minst (gemiddeld 5 EUR per gram). De prijs van XTC is de laatste jaren fel gedaald.
Jongeren komen in hun leefomgeving met illegale drugs in contact. België behoort volgens het ESPAD-onderzoek tot die landen waar de meeste jongeren wel een plaats kennen waar ze cannabis kunnen kopen. 43% denkt gemakkelijk cannabis te kunnen kopen in discotheken of bars, 38% op straat en 30% bij een dealer. 34% geeft aan dat ze op school cannabis kunnen kopen. 21% van alle jongeren tussen 12 en 18 jaar die VAD in het kader van de leerlingenbevraging enquêteerde, komt minstens één keer per week op plaatsen waar illegale drugs worden gebruikt. Hoe ouder de leerlingen hoe groter de kans dat ze al frequent op een dergelijke plaats zijn geweest. Naarmate jongeren ouder worden kunnen ze gemakkelijker aan cannabis of cocaïne geraken, al is cannabis verkrijgen eenvoudiger.

### *opinies*

40% van de Vlamingen vindt druggebruik bij jongeren 1 van de 5 voornaamste maatschappelijke problemen. De 'gevoeligheid' voor het drugprobleem bij jongeren is het grootst bij de 35-44-jarigen en de 55-64-jarigen.
Gebruik van cannabis vinden leerlingen in het secundair onderwijs 'minder erg' dan gebruik van andere illegale drugs, alcohol en tabak. Cannabisgebruik blijkt genormaliseerd. Toch vindt bijna driekwart van de jongeren iemand die dagelijks cannabis gebruikt een drugverslaafde. Cocaïne uitproberen houdt volgens de meeste jongeren een zeer groot gezondheidsrisico in.
63% van de ervaren cannabisgebruikers willen cannabis het liefst gelegaliseerd zien.
Volgens Europese jongeren tussen 15 en 24 jaar zijn de meest effectieve maatregelen om druggerelateerde problemen aan te pakken: hardere maatregelen nemen tegen drugdealers en trafikanten (60%), meer behandeling en rehabilitatie van druggebruikers (53%) en hardere maatregelen nemen tegen producenten en fabrikanten (49%). 42% staat achter informatiecampagnes.

### *gebruik*

15% van de Vlaamse leerlingen in het secundair onderwijs gebruikte het afgelopen jaar cannabis. 6% van de leerlingen gebruikte het afgelopen jaar minstens 1 maal per week cannabis en 9% deed dit minder vaak. Het percentage cannabisgebruikers stijgt gestaag met de leeftijd: van 4% bij de 12-14-jarigen over 20% bij de 15-16-jarigen tot 28% bij de 17-18-jarigen. 3% van de jongeren gebruikte het afgelopen jaar andere illegale drugs dan cannabis. Van de andere illegale drugs worden vooral XTC, cocaïne en amfetamines gebruikt.
In het TSO en het BSO wordt cannabis frequenter gebruikt dan in het ASO.
Er is een sterk verband tussen het gebruik van cannabis en tabak: 27% van de regelmatige rokers gebruikt cannabis en twee derde (67%) van de cannabisgebruikers rookt regelmatig.
Het cannabisgebruik is hoger in Wallonië (20%) dan in Vlaanderen (14%). De voorbije maand gebruikten dubbel zoveel Waalse als Vlaamse meisjes cannabis. Nederlandse (13%) en Duitse (12%) jongeren rapporteerden in vergelijking met de Belgische jon-

geren minder dat ze de afgelopen maand cannabis gebruikten.
Jongeren gebruiken illegale drugs vooral voor de kick, om stoer te doen of uit nieuwsgierigheid. Als ze het niet doen is het hoofdzakelijk omdat ze bang zijn om verslaafd te worden.
Ervaren cannabisgebruikers gebruiken cannabis vooral om te ontspannen of voor de gezelligheid met vrienden.
Meer dan de helft van de jongvolwassen die bevraagd werden in het Partywise-onderzoek gebruikte in het laatste jaar een illegale drug, voornamelijk cannabis. 1 op 5 gebruikte dagelijks cannabis. 1 op 5 heeft in het laatste jaar XTC gebruikt, 1 op 9 cocaïne en 1 op 10 speed. Deze laatste middelen worden voornamelijk af en toe gebruikt.

In het Vlaams Gewest heeft 9% van de bevolking ooit cannabis gebruikt. Meer mannen (11%) dan vrouwen (7%) deden dat. 2% van de bevolking gebruikte de afgelopen maand cannabis (3% mannen en 1% vrouwen). Personen die de laatste maand cannabis gebruikten zijn vooral terug te vinden in de leeftijdscategorie 15-24 jaar. 2% van de Vlaamse bevolking heeft ooit XTC of amfetamines gebruikt.

De gemiddelde leeftijd waarop de respondenten voor het eerst cannabis gebruikten is 16,3 jaar. Bij de meeste respondenten is het gebruik langzaam gegroeid, tot het een piek bereikte en daarna weer afnam. In de topperiode gebruikt 70% van de cannabisgebruikers dagelijks cannabis. De plaatsen waar het vaakst cannabis wordt gebruikt zijn bij vrienden thuis, thuis, op feestjes of op concerten.

Uit de resultaten van de gezondheidsenquête blijkt dat rokers vaker dagelijks drinken. Rokers drinken gemiddeld 9 glazen alcohol per week, niet-rokers 5. Ook personen die ooit cannabis gebruikten, drinken gemiddeld meer glazen alcohol per week dan personen die nog nooit cannabis gebruikten.
Ook in het uitgaansleven komt gebruik van verschillende producten vaak voor: de helft van de laatstejaarsgebruikers combineert regelmatig alcohol met andere illegale drugs. Voor 20% van de ervaren cannabisgebruikers is alcohol-cannabis de favoriete combinatie.

## *gezondheid*

Illegaledruggebruikers lopen meer kans op HIV-besmetting of hepatitis. In 2004 is 6% van alle seropositieven waarvan de overdrachtswijze gekend is waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik (597 personen). Vooral bij jongeren is de virusoverdracht via druggebruik belangrijk in vergelijking met de andere mogelijke overdrachtswijzen. 16% van de geïnfecteerden tussen 15 en 24 jaar waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik. Meer vrouwen (18%) dan mannen (15%) tussen 15 en 24 jaar zeggen besmet te zijn door injecterend druggebruik. Ook in de andere leeftijdscategorieën zijn er telkens meer vrouwen dan mannen waarschijnlijk besmet door drugs te injecteren.
In De Sleutel werden er in 2002 10 injecterende druggebruikers positief getest op hepatitis B (21% van de geteste cliënten) en 28 op hepatitis C (43% van de geteste cliënten).

### *sterfte*

In 2002 stierven in Vlaanderen 2,8 mannen en 2,3 vrouwen per 100.000 inwoners als gevolg van illegaal druggebruik. Zelfmoord is de belangrijkste oorzaak van sterfte door druggebruik. Meestal werden verschillende middelen genomen. Tussen 1987 en 1997 werden 890 druggerelateerde doden genoteerd, 651 mannen en 239 vrouwen. De meeste druggerelateerde sterften doen zich voor bij de 20 tot 34-jarigen. Meer dan 90% van de overlijdens zijn te wijten aan het gebruik van opiaten.
In het Brussels Gewest zijn er gemiddeld 29 overlijdens per jaar te wijten aan het gebruik van illegale drugs.

### *hulpverlening*

In België bestaat er geen nationaal registratieprogramma dat de kenmerken van cliënten in behandeling voor middelengebruik bijhoudt. Ook voor Vlaanderen worden registratiedata uit de (alcohol- en drug)hulpverlening niet meer gebundeld. De laatste registratiedata van de Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM) dateren van 1999. Sindsdien werden de data voor Vlaanderen niet meer gerapporteerd. Om de kenmerken van personen met problemen met middelengebruik weer te geven, kunnen we gegevens sprokkelen uit diverse registratiesystemen in de hulpverleningssector die hierover informatie bijhouden.
4 op 10 oproepen van de DrugLijn handelen over cannabis. Het aantal vragen over XTC is tegenover 2002 gedaald van 11% naar 8%. Het percentage vragen over cocaïne is tussen 2002 en 2003 toegenomen van 11% naar 14%.

In de CGG meldden zich in 2002 12% van de cliënten aan met de problematiek 'afhankelijkheid van middelen'. Van de +18-jarigen meldt zich 16% aan met een afhankelijkheidsproblematiek, van de jongeren 3%.

Van de cliënten die geregistreerd worden in het kader van de VVBV-registratie vermeldt 48% opiaten als voornaamste product. Het gaat dan vooral om heroïnegebruik (43%). Stimulerende middelen worden door 27% van de populatie als voornaamste product gebruikt. Cocaïne (14%) wordt dan iets meer genoemd dan amfetamines (11%). 19% gebruikt cannabis als voornaamste product. Als tweede product worden stimulantia het vaakst vermeld (47%). 15% van de cliënten gebruikt cannabis als tweede product. Stimulantia worden ook vaak gebruikt als derde product (34%).

Het initiatief spuitenruil wordt jaarlijks geëvalueerd. Heroïne blijft het meest gebruikte product van de respondenten. Cocaïne volgt op de voet. Methadon, cannabis en amfetamines staan op de derde plaats qua gebruik. 3 respondenten op 10 injecteren amfetamines. Een kwart van de gebruikers injecteerde een cocktail, meestal is dat dan van heroïne en cocaïne. De meeste respondenten halen hun spuiten bij de spuitenruilpunten (72%), de apotheker (51%) of de drughulpverlening (26%). De helft gebruikt kalmerings- of slaapmiddelen en 4 op 10 gebruikers zoekt ook zijn toevlucht tot alcohol. 37% van de respondenten deelde de laatste 4 weken injectiemateriaal, 47% deelde een lepel en 37% deelde filtermateriaal.

Tijdens het registratieonderzoek in Oost-Vlaanderen, dat liep van december 2001 tot

november 2002, werden 1.963 opstart- en instroomformulieren ingevuld voor 1.500 unieke cliënten: 55% in een residentiële voorziening en 45% in een ambulant centrum. De meeste cliënten zijn mannen, de meerderheid is tussen 20 en 29 jaar en polydruggebruik komt het vaakst voor. Daarnaast werden meestal opiaten (27%) en cannabis (14%) aangeduid als voornaamste product. 80% gebruikt of is afhankelijk van cannabis. Cliënten die alcohol, opiaten, methadon of slaap- en kalmeringsmiddelen gebruiken of ervan afhankelijk zijn, zijn significant ouder. Cliënten die amfetamines, cannabis, hallucinogenen of XTC gebruiken of ervan afhankelijk zijn, zijn significant jonger. Cocaïnegebruik en cocaïneafhankelijkheid komt in alle leeftijdsgroepen voor. Mannen gebruiken vaker alcohol dan vrouwen en er zijn meer mannen dan vrouwen afhankelijk van cannabis. Bij vrouwen wordt iets meer gebruik of afhankelijkheid van opiaten vastgesteld.
3% van de cliënten zijn draaideurcliënten: zij werden tijdens de registratieperiode in 3 of meer voorzieningen geregistreerd.
Eén vijfde van de geregistreerde cliënten werd door een justitiële of politionele instantie naar de drughulpverlening verwezen.

De provincie Vlaams-Brabant hield een enquête bij apothekers om een zicht te krijgen op de methadonverstrekking in de regio. In totaal werden er eind 2000 143 methadonpatiënten gesignaleerd door de apothekers in Vlaams-Brabant: 75 in het arrondissement Halle-Vilvoorde en 68 in het arrondissement Leuven. 69% van de apothekers zegt geen methadonpatiënt te hebben. Bij de behandeling van de 143 methadonpatiënten zijn 82 verschillende artsen betrokken.

Van de 2.955 aanmeldingen in De Sleutel in 2003 waren er 1.420 in een ambulant centrum, 1.306 in het crisiscentrum, 153 in één van de jongerenprogramma's en 76 rechtsreeks in de therapeutische gemeenschap voor dubbele diagnose. De meeste cliënten zijn mannen. De gemiddelde leeftijd is 25 jaar. 29% van de aanmeldingen is toe te schrijven aan het gebruik van opiaten, 28,3% aan cannabisgebruik en 15% aan het gebruik van cocaïne.

Aan het actieonderzoek van de Algemene Farmaceutische Bond over de aflevering van methadon participeerden 397 Waalse en 398 Vlaamse apothekers. 287 Waalse en 133 Vlaamse apothekers hadden op het moment van het onderzoek een of meerdere methadonpatiënten in hun praktijk. Voor 18% van de patiënten is er dagelijkse aflevering van methadon (60% in Vlaanderen en 9% in Wallonië). In Vlaanderen wordt methadon vooral onder de vorm van siroop verstrekt (80%), in Wallonië vooral in capsules (77%).
Driekwart van de methadonpatiënten zijn mannen. De gemiddelde leeftijd is 31,5 jaar. De meeste patiënten komen uit een arbeidersmilieu. 37% heeft een partner die ook in substitutiebehandeling is. 46% gebruikte de afgelopen drie maanden heroïne, 29% cocaïne.

### *justitie*

In 2003 nam de federale politie 275 testbatterijen drugs af, 132 urinestalen en 108 bloedproeven. Voor 2004, tot en met het derde kwartaal, was 88% van de gecontroleerde bloedstalen wettelijk positief, meestal voor THC.

In 2003 registreerde de federale politie 41.461 misdrijven in verband met verdovende middelen. In 2003 werden 15% minder misdrijven in verband met gebruik van verdovende middelen geverbaliseerd tegenover in 2000.
De federale politie verbaliseerde in 2003 25.390 personen. Dit is een daling van 13,6% tegenover 1999. De processen-verbaal zijn vooral opgemaakt voor druggebruik en in mindere mate voor drughandel. In de helft van de gevallen wordt een proces-verbaal opgesteld omwille van cannabisproducten. De meeste daders van drugdelicten zijn meerderjarige mannen. De grootste groep geverbaliseerde cannabisgebruikers is tussen 18 en 20 jaar. Eén vijfde van de geverbaliseerden omwille van gebruik of bezit van cannabis is tussen 15 en 17 jaar oud. De risicogroep die het meest geverbaliseerd wordt voor het gebruik van cannabis of stimulantia is tussen 15 en 23 jaar. De cocaïne- en heroïnegebruikers waarvoor de politiediensten een proces-verbaal opstellen, zijn doorgaans ouder, namelijk tussen 30 en 35 jaar oud.

De correctionele parketten registreerden in 2002 32.991 processen-verbaal in verband met drugs en doping.
Bij de parketten is het aandeel geregistreerde druggebruikers in 2003 het grootst in de leeftijdscategorie 21 tot 24 jaar (30%). De groep van 18 tot 20 jaar is minder vertegenwoordigd dan de voorgaande jaren (25%). 2% is jonger dan 16 jaar en 16% is ouder dan 29 jaar.
Ook in 2003 gebruiken de meeste geverbaliseerde personen cannabis (74%). XTC en amfetamines worden door respectievelijk 10% en 13% van de geregistreerden gebruikt.

In 2002 werden 3.939 personen veroordeeld voor een misdrijf in verband met verdovende middelen en geneesmiddelen. Dat betekent dat er 28% minder personen zijn veroordeeld dan in 1996. In de meeste gevallen betreft de veroordeling het bezit van verdovende middelen, slaapmiddelen en psychotrope stoffen. In de handel deed zich echter de sterkste stijging voor in aantal veroordeelde individuen (+ 26%). De veroordeelden voor drugmisdrijven zijn meestal mannen, maar tegenover 1996 zien we dat in 2002 veel meer vrouwen zijn veroordeeld voor bezit.

Gevangenen gebruiken vooral cannabis (29%). Heroïne komt op de tweede plaats met 13% gebruikende gevangenen. 11% van de gevangenen heeft voor het eerst cannabis gebruikt in de gevangenis en 7% heroïne. 3% zegt in de gevangenis drugs te injecteren. 1% heeft voor het eerst in de gevangenis geïnjecteerd.

# II - OVER GOKKEN

### *frequentie*

In 2001 gaven de Belgische huishoudens gemiddeld 90 EUR uit aan loterijen en lotto. Jongeren spelen niet zo vaak voor geld. Ze spelen vooral met de Lotto. Gokken is meer een jongens- dan een meisjeszaak. Regelmatig gokken komt meer voor bij jongeren in het BSO en het TSO dan in het ASO.

### *problematisch gokken*

14% van de gokkers voldoet aan de criteria van problematisch gokken. 42% zijn risicogokkers. Onder de probleemgokkers zijn er significant meer mannen, ongehuwden, werklozen en personen tussen 26 en 45 jaar. Probleemgokkers beginnen vroeger te gokken dan andere gokkers. 20% van de probleemgokkers heeft ook alcoholproblemen en 72% van de probleemgokkers rookt dagelijks. Bij de probleemgokkers zijn er meer personen die zeggen dat ze momenteel cannabis gebruiken (19%).

### *hulpverlening*

Uit een onderzoek bij gokkers blijkt dat 14% van de probleemgokkers en 2% van de risicogokkers al eens hulp gezocht heeft voor gokproblemen. De hulpverlening blijkt echter weinig gekend: 35% van de probleemgokkers en 55% van de risicogokkers weet niet waar ze terechtkunnen voor gokproblemen.

### *justitie*

In 2002 werden 14 personen veroordeeld voor een misdrijf in verband met kansspelen en loterijen. Het gaat om 9 mannen en 2 vrouwen.

## III - OVER PREVENTIE

### *registratie*

In 2003 werden in Ginger 5.568 preventieactiviteiten geregistreerd door 67 registrators. Preventie betekent vooral overleg en vormingsactiviteiten. In het onderwijs gebeuren de meeste preventieactiviteiten. 65% van de activiteiten in het onderwijs gaat naar het secundair onderwijs en dan vooral naar het TSO en het ASO. Het aandeel activiteiten in het hoger onderwijs is de laatste jaren gestegen tot 8% in 2003.

### *evaluatie van een drugbeleid op school*

In 7 Oost-Vlaamse scholen werd in 2004 de kwalitatieve implementatie van het drugbeleid bestudeerd. Alle scholen vulden elk op hun eigen manier de drie pijlers van een drugbeleid, namelijk plan, interventie en opvoeding in. In alle scholen is er een beperkte groep van actoren (directie, CLB, graadcoördinatoren of een beperkt aantal leerkrachten) goed op de hoogte van het drugbeleid en de begeleiding op dit vlak. Andere actoren hebben hoofdzakelijk een signaliseringsfunctie. Behalve in één school is het drugbeleid voldoende geïmplementeerd.

### *VAD-leerlingenbevraging*

In scholen die al langer rond het thema drugs actief zijn, ligt het gebruik van alcohol, van andere illegale drugs dan cannabis, evenals het gokgedrag lager. Leerlingen in de scholen die voor de tweede maal deelnamen aan de bevraging vinden de sfeer op school beter, hebben een betere relatie met hun leerkrachten, zeggen minder gepest te worden en vinden het thema drugs meer bespreekbaar.

# IV - MISSING LINKS

Behalve de leerlingenbevraging van VAD bij leerlingen in het secundair onderwijs en de pas gestarte ESPAD-studie bij 15-16-jarigen zijn er in Vlaanderen en België geen systematische peilingen naar middelengebruik en alles wat daarmee samenhangt. Bij volwassenen wordt er evenmin systematisch naar middelengebruik gepolst.
Onderzoek over middelengebruik krijgt al een viertal jaar een extra impuls via het onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs. Zo werden reeds heel wat, vooral beleidsrelevante, onderzoeken afgerond. We blijven echter vaststellen dat alcohol en psychoactieve medicatie als studieobject bitter weinig aan bod komen.
Verder valt op dat schoolgaande jongeren uit het secundair onderwijs oververtegenwoordigd zijn in het onderzoek naar middelengebruik. Problematische gebruikers of groepen die een groter risico lopen op problematisch gebruik worden zelden bestudeerd.

Gebruikspatronen, hoewel zeer belangrijk vanuit het oogpunt van preventie en behandeling, komen te weinig aan bod in onderzoek. Daardoor missen we een beeld van belangrijke genderverschillen of verschillen tussen leeftijdsklassen in patronen van middelengebruik en de context van gebruik. Ook over patronen van polydruggebruik weten we nog steeds weinig, denken we maar aan het samen gebruiken van alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen, alcohol en tabak of alcohol en GHB.

In vergelijking met het VAD-jaarboek 2001 resten in deze editie een aantal specifieke lacunes.
Marktinformatie over bier wordt systematisch bijgehouden door de Belgische Brouwers. Gelijkaardige en toegankelijke informatie over wijn en sterke drank is niet beschikbaar. Bovendien is de marktspecifieke informatie uit economische administratieve data moeilijk te interpreteren.

Het middelengebruik van volwassenen wordt slechts minimaal in kaart gebracht door de nationale gezondheidsenquête. Het gebruik van andere illegale drugs dan cannabis komt zeer weinig voor in de algemene bevolking. In de gezondheidsenquête van 2001 werd nog gepeild naar de consumptie van XTC en amfetamines, maar in de toekomst zal uitsluitend naar het cannabisgebruik gevraagd worden.
Het middelengebruik van risicogroepen zoals allochtonen, dak- en thuislozen, asielzoekers, maatschappelijk kwetsbare jongeren, ouderen,... wordt onvoldoende in kaart gebracht.
Jongeren zijn heel vaak de doelgroep van onderzoek, maar jammer genoeg zijn de verschillende onderzoeken die op dat vlak gebeuren niet op elkaar afgestemd. Regionale jongerenonderzoeken naar middelengebruik vinden niet systematisch plaats en ook daar is er geen afstemming met nationale peilingen.

De groep (gemarginaliseerde) problematische gebruikers van bijvoorbeeld heroïne, amfetamines of cocaïne, die ook niet door de hulpverlening bereikt worden, wordt helemaal niet in beeld gebracht. Hun ervaringen of specifieke problemen in een Belgische of Vlaamse context kennen we niet.

In de alcohol- en drughulpverlening is de afwezigheid van de VRM voelbaar. Voor de afgelopen jaren zijn er geen Vlaamse data die de kenmerken weergeven van de cliënten die een beroep doen op de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening. Bovendien is er door het wegvallen van de VRM-data nagenoeg geen informatie over personen die zich met alcohol- of medicatieproblemen in de hulpverlening aandienen. Deze gebruikers doen namelijk vooral een beroep op de algemene zorg van de huisarts, de algemene ziekenhuizen of de psychiatrische ziekenhuizen. Van deze raadplegingen of behandelingen zijn geen recente registratiegegevens voorhanden.
Besmetting met hepatitis B en C bij druggebruikers wordt niet systematisch geregistreerd in de hulpverleningsinstellingen. De data hierover zijn dan ook volledig ontoereikend.
De gegevens over ziekte en sterfte als gevolg van alcohol- of illegaaldruggebruik kampen met een onderschattingsprobleem.

In dit jaarboek ontbreekt het ons aan cijfers of onderzoeksmateriaal over kinderen van ouders met een alcohol- of illegaledrugprobleem, over middelengebruik op het werk en over de omvang van (huiselijk) geweld en agressie als gevolg van alcohol of druggebruik.

Dit jaar hebben we wel gegevens over problematisch alcoholgebruik, over gebruikspatronen van ervaren cannabisgebruikers, over problematisch gokken, over middelengebruik in het uitgaansleven, over de prevalentie van alcoholgerelateerde stoornissen in de bevolking, over de prevalentie van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid bij huisartspatiënten, over druggebruik in de gevangenissen, over de verstrekking van methadon door apotheken en over rijden onder invloed van drugs.

Bij het toekennen van onderzoeksmiddelen of het opzetten van monitoringsystemen is het belangrijk een goede mix van kwantitatief en kwalitatief onderzoek na te streven, zodat een zeer ruim en volledig beeld kan geschetst worden van deze gezondheidsproblematiek. Er moet oog zijn voor moeilijker bereikbare populaties. Bij dit alles mag niet vergeten worden dat alle middelen (alcohol, psychoactieve medicatie, illegale drugs) en gokken gelijkwaardige aandacht verdienen.

# Bijlage 1
# **Methodologie en basisbevindingen van geraadpleegde bronnen**

## Mentale stoornissen in de huisartspraktijk
Bron: Ansseau e.a., 2004

Voor dit onderzoek werden 180 huisartspraktijken willekeurig geselecteerd uit alle Belgische huisartsen met minimum 7 jaar praktijk en 20 dagelijkse patiëntencontacten. Aan hen werd de vraag gesteld om deel te nemen aan het onderzoek. 86 huisartsen participeerden aan het onderzoek. De recruteringsperiode liep van 15 februari tot 25 maart 1999. De patiënten werden ad random geselecteerd en zijn 18 jaar of ouder. In totaal werden 2.316 patiënten gerecruteerd door de 86 huisartsen.
Als screeningsinstrument werd PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) gebruikt. PRIME-MD is een gestandaardiseerd instrument om mentale stoornissen op te sporen in eerstelijnszorg of in de algemene bevolking. Het doel van de studie was de prevalentie te schatten van de meest voorkomende mentale stoornissen in huisartspraktijken in België, door middel van de PRIME-MD als screeningsinstrument.

## Benzodiazepines: het kan meestal zonder ...
Bron: Anthierens e.a., 2004

Dit onderzoek wil het eerste of nieuw opgestart benzodiazepinegebruik in kaart brengen vanuit het perspectief van artsen en van patiënten. Daarvoor vonden er semi-gestructureerde interviews plaats met patiënten: 20 patiënten uit de huisartsenpraktijk en 20 patiënten uit een ziekenhuissetting. De patiënten uit de huisartsenpraktijk werden gerekruteerd via stagebegeleiders in de regio Gent en Brussel. De interviews werden afgenomen in de periode december 2003 tot maart 2004. De patiënten uit de ziekenhuizen werden gerekruteerd op de afdelingen inwendige geneeskunde en chirurgie. In de interviews met de patiënten kwamen volgende thema's aan bod: houding en verwachting van de patiënt tegenover slaap- en kalmeermiddelen, nagaan van hun kennis over benzodiazepines en hun houding tegenover een niet-medicamenteuze aanpak van hun klachten. De patiënten zijn ouder dan 18 jaar en ze hebben in de periode die vooraf gaat aan het voorschrift dat wordt onderzocht geen benzodiazepines gekregen. Patiënten die neuroleptica nemen, psychiatrische problemen hebben of niet kunnen geïnterviewd worden wegens taalproblemen, te ziek, enzovoort, worden uitgesloten van het onderzoek.
Daarnaast gebeurden er focusgroepen met huisartsen (4 focusgroepen) en specialisten (4 focusgroepen). De huisartsen werden gerekruteerd in Evere-Schaarbeek, Tubize, Namen, Aalst en Roeselare. De specialisten werden gerekruteerd in ziekenhuizen in Gent, Brussel en Waals-Brabant. De focusgroepen liepen van november 2003 tot februari 2004. In de focusgroepen wou men nagaan wat de houding, het gedrag en de ervaring van de arts is tegenover de klachten van patiënten over slaapstoornissen, stress en angst tegenover benzodiazepines en tegenover alternatieve behandelingen. De groep artsen is niet representatief voor de volledige artsenpopulatie.

## Alcohol- en druggebruik in de bijzondere jeugdzorg

Bron: Baeten & Rosiers, 2002

Het doel van deze nodenbevraging is na te gaan welke ondersteuning VAD aan de sector bijzondere jeugdzorg kan bieden met betrekking tot de drugproblematiek en dit zowel op het vlak van preventie als van hulpverlening. De bevraging gebeurde aan de hand van een gestandaardiseerde, schriftelijke vragenlijst. VAD ontving 178 ingevulde vragenlijsten (response rate = 45,6%).

## European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)

Bron: Bruffaerts e.a., 2004a; 2004b

Deze studie wil het voorkomen van mentale stoornissen in 6 Europese landen in kaart brengen. Er werden 22.000 respondenten bevraagd in België, Nederland, Frankrijk, Duitsland, Italië en Spanje. In België werden tussen april 2001 en juni 2002 2.419 personen (18-plussers) in een representatief staal van de Belgische niet-geïnstitutionaliseerde bevolking geïnterviewd met behulp van het 'Composite International Diagnositic Interview' (CIDI-2000).
De aanwezigheid van mentale stoornissen werd nagegaan op basis van de DSM-IV criteria. Zowel de life-time prevalentie als de laatstejaarsprevalentie werd nagegaan. Het gaat om de prevalentie van stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen (alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid).
Er werden ongeveer evenveel mannen als vrouwen bevraagd. De grootste groep respondenten was tussen 35 en 49 jaar. 57% is gehuwd of samenwonend. 27% is alleenstaand. 77% woont in een kleine of middelgrote stad. 53% heeft een betaalde job. Het grootste deel van de steekproef heeft 13 jaar of meer onderwijs genoten.
De studie beschrijft niet alleen de prevalentie van mentale stoornissen, maar ook het zorggebruik. Er wordt nagegaan hoeveel personen een professionele hulpverlener raadplegen voor mentale problemen, wie ze dan raadplegen, welke behandeling ze krijgen en welke factoren samenhangen met het al dan niet raadplegen van een professionele hulpverlener.

## Profiel van patiënten die het psychiatrisch spoedteam consulteren

Bron: Bruffaerts e.a., 2004c

Deze studie geeft het klinisch en epidemiologisch profiel van patiënten die het psychiatrisch spoedteam consulteren van het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg in Leuven. Er wordt nagegaan wat de sociodemografische en klinische kenmerken zijn van de patiënten, wie hen heeft doorverwezen, wat de psychiatrische antecedenten zijn en of er genderverschillen zijn. Tussen maart en oktober 2000 (8 maanden) werden alle verwijzingen naar de psychiatrische spoeddienst geëvalueerd door het psychiatrisch spoedteam op basis van een semi-gestructureerd interview. Het interview was gebaseerd op de minimale psychiatrische gegevens (MPG). Er werd nagegaan welke diagnose kon gesteld worden op basis van de DSM-IV axis I. Eén daarvan is 'psychoactive substance use disorders'. Daarnaast werden de klinische kenmerken van de patiënten ook beschreven in termen van hun klachten. Het gaat dan om zelfmoordneiging, geweld of agressie tegenover anderen, middelengebruik, wanen en hallucinaties, depressieve stemming, angstige stemming of andere klachten.

In totaal werden 29.958 patiënten doorverwezen naar de spoedopname. 1.050 patiënten werden doorverwezen naar het psychiatrisch spoedteam. Het ging om 462 (44%) mannen en 588 (56%) vrouwen. De meeste patiënten waren tussen 30 en 39 jaar oud. De meeste patiënten waren werkloos en wonen samen met gezin of partner.

## Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België

Bron: Cattaert & Pacolet, 2004

In dit onderzoek wordt berekend hoe hoog het alcoholgebruik en –misbruik is in België met specifieke aandacht voor het leeftijdsprofiel. Daarvoor worden de data van de gezondheidsenquête en de huishoudbudgetenquête naast elkaar gelegd. Bij de huishoudbudgetenquête stellen zich drie beperkingen:

- De alcoholuitgaven moeten omgezet worden in hoeveelheden (liter pure alcohol). Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de gemiddelde consumptieprijzen. Om het verbruik in liters pure alcohol te kennen worden de bestedingen gedeeld door de gemiddelde consumptieprijzen en vermenigvuldigd met het percentage pure alcohol.
- De alcoholuitgaven van het huishouden moeten toegewezen worden aan de individuele gezinsleden. Daarvoor moet gebruik gemaakt worden van een verdeelsleutel die voor dit onderzoek vertrekt van de consumptie van éénpersoonsgezinnen volgens sekse.
- Horeca-uitgaven moeten bij de winkel-uitgaven geteld worden om het totale alcoholverbruik te kennen. Het verbruik van alcohol in de horeca wordt geschat op basis van de totale horecauitgaven van het huishouden en het geschatte alcoholverbruik in de horeca in België (budgetenquête + douane en accijnzen).

## Onderzoek naar alcoholgebruik bij jongeren tussen 12 en 18 jaar in Overijse, Hoeilaart en omliggende gemeenten

Bron: Cogge, 2003

Dit onderzoek kadert in het project 'Drink, drank, dronk-EN...?' van de welzijnsraad van Overijse. Om een idee krijgen van het alcoholgebruik bij jongeren tussen 12 en 18 jaar organiseerde de welzijnsraad een schriftelijke bevraging. Er werden 3.230 vragenlijsten ingevuld, 52% door meisjes en 48% door jongens.

## Cannabis in Vlaanderen. Patronen van cannabisgebruik bij ervaren gebruikers.

Bron: Decorte e.a., 2003

Het design van dit onderzoek is gebaseerd op een onderzoek van Peter Cohen over de patronen van gebruik van ervaren cannabisgebruikers in Amsterdam, San Francisco en Bremen.

De steekproef voor dit onderzoek werd samengesteld door gebruik te maken van 'Privileged acces interviewers'. Er werden mensen gerekruteerd die in hun eigen omgeving ervaren cannabisgebruikers interviewden. In een tweede fase werd ook de techniek van de sneeuwbalsteekproef gebruikt: aan de geïnterviewden werd gevraagd of zij andere personen kenden die voldeden aan de kenmerken om deel te nemen aan het onderzoek. De respondenten moeten al ten minste 25 keer cannabis gebruikt hebben en ten minste 18 jaar zijn. Zo werden 369 ervaren cannabisgebruikers geïnterviewd.

De steekproef is niet representatief voor de Vlaamse cannabisgebruikers. Studenten zijn oververtegenwoordigd, etnische minderheden zijn ondervertegenwoordigd. Er werd gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde vragenlijst waarin diverse topics aan bod kwamen: kenmerken van begin van gebruik, niveau van gebruik, gebruikspatronen, stoppen en tijdelijk minderen van gebruik, andere drugs en combinaties, kopen van cannabis, gebruiksomstandigheden, voor- en nadelen van gebruik, effecten, informatie en meningen over cannabis en andere gebruikers, afhankelijkheid, gebruik van cannabis op het werk, betrokkenheid bij subcultuur.
De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 24,6 jaar. Meer dan de helft is tussen 21 en 25 jaar. 69% zijn mannen en 31% zijn vrouwen. 78% van de steekproef volgt een universitaire of niet-universitaire opleiding of heeft die voltooid. 49% van de steekproef bestaat uit studenten en 40% is beroepsactief.

## Gezondheidsenquête door middel van interview 2001

Bron: Demarest e.a., 2002

Het doel van de gezondheidsenquête is de gezondheid van de Belgische bevolking beschrijven. De eerste gezondheidsenquête vond plaats in 1997, de tweede werd in 2001 georganiseerd. De vragenlijst bestaat uit drie delen: een vragenlijst op het niveau van het huishouden, een individuele mondelinge vragenlijst en een individuele schriftelijke vragenlijst in te vullen door de geselecteerde personen die 15 jaar of ouder zijn. Via de vragenlijst op het niveau van het huishouden worden inlichtingen ingewonnen over de socio-demografische en de socio-economische kenmerken van het huishouden. De onderwerpen die in de individuele mondelinge vragenlijst aan bod komen zijn: ziekte en chronische aandoeningen; acute aandoeningen; ongevallen; fysieke activiteit; tijdelijke beperkingen omwille van gezondheidsproblemen; langdurige lichamelijke beperkingen; contacten met huisarts, specialist, spoedgevallendienst, tandarts en andere gezondheidszorgvoorzieningen; opname in een ziekenhuis; gebruik van geneesmiddelen; vaccinatie; voeding; studies; tewerkstelling; individueel inkomen. De vragen in de schriftelijke vragenlijst gaan over: subjectieve gezondheid; symptomen; sociaal leven; consumptie van tabak, alcohol en andere genotsmiddelen; voeding; ongevallen; emotioneel welzijn; patiënttevredenheid; preventie; gezondheid en seksualiteit; opsporing van kanker.
Er werd een steekproef getrokken van alle inwoners van België, gelaagd per regio, provincie en gemeente, en samengesteld op basis van het Rijksregister, met als selectie-eenheid het huishouden.
In totaal werden 12.111 personen geënquêteerd uit 5.530 huishoudens.

## Attitudes and Opinions of Young People in the European Union. Eurobarometer

Bron: EORG, 2002, 2004

Tussen 27 april en 10 juni 2002 werd in het kader van de Eurobarometer 57.2 een openbare opiniepeiling gehouden. De thema's die aan bod komen zijn: druggebruik in de Europese Unie, redenen om drugs te gebruiken, moeilijkheden bij het stoppen met druggebruik, gevolgen van druggebruik, gevaren van verschillende substanties, mogelijke informatiebronnen over drugs, management van druggerelateerde problemen. In elke lidstaat werden de vragen voorgelegd aan een representatief staal van de bevol-

king tussen 15 en 24 jaar. Per lidstaat werden zo ongeveer 450 personen bevraagd. In de hele Europese Unie werden 7.687 mensen bevraagd.

In 2004 werd dit onderzoek herhaald. 7.659 jongeren tussen 15 en 24 jaar werden in een face-to-face interview bevraagd met dezelfde vragenlijst. Dit onderzoek vond plaats tussen 19 april en 13 mei 2004.

## Health, Food and Alcohol and Safety. Eurobarometer

Bron: EORG, 2003

Het Eurobarometer 59.0 onderzoek vond plaats tussen 15 januari 2003 en 19 februari 2003 in alle Europese lidstaten. In elk land werd een steekproef genomen van de +15-jarige bevolking.
In België werden 1.073 personen boven de 15 jaar bevraagd in een face-to-face interview. In de hele EU werden 16.370 interviews afgenomen.

## Politionele criminaliteitsstatistiek (PCS)

Bron: Federale Politie, 2004e-h

Sinds 1994 beschikt België over een statistisch instrument om de geregistreerde criminaliteit te meten en de evolutie ervan in tijd en ruimte op te volgen. Voor de politiehervorming sprak men van de 'geïntegreerde Interpolitionele criminaliteitsstatistieken' (GICS), na de politiehervorming werden deze tot 'politionele criminaliteitsstatistieken' (PCS) omgedoopt. De bron van de PCS is het proces-verbaal dat door de algemene politiediensten wordt opgesteld en dat aan het parket wordt bezorgd, ongeacht of het om een gepleegd misdrijf of een poging gaat. De geregistreerde feiten zijn de misdaden en wanbedrijven uit het strafwetboek en enkele bijzondere wetten, evenals de overtredingen die bij herhaling kunnen leiden tot een correctionele straf. Deze criminaliteitsstatistiek geeft enkel de criminaliteit weer die via de politiediensten wordt doorgegeven aan het openbaar ministerie.

## Thuisloze druggebruikers in Limburg

Bron: Follon, 2004

In dit onderzoek worden door middel van een behoefteonderzoek de noden en verzuchtingen van de thuisloze druggebruikers in Limburg in kaart gebracht. Door gebruik te maken van deze methodiek wil men tevens een proces van 'empowerment' op gang brengen bij de doelgroep. Dit onderzoek vertrekt van het begrip thuisloosheid hetgeen ruimer is dan de definiëring dakloosheid. Thuisloos zijn de mensen die in woononzekerheid leven en als dusdanig door de hulpverlening als thuisloos beschouwd worden.
Er werden 4 focusgroepen samengesteld met druggebruikers die gekend zijn bij straathoekwerk, drughulpverlening en/of de thuislozensector en die ervaring hebben met thuisloosheid. De deelnemers zijn afkomstig uit Limburg of verblijven er minstens 2 jaar. Het gaat om 40 deelnemers, 32 mannen en 8 vrouwen.
Uit de deelnemers van deze focusgroepen werd een projectgroep samengesteld. Zij werden actief betrokken in de ontwikkeling van de vragenlijst en zij kregen regelmatig feedback. Zij fungeerden als zogenaamde sleutelinformanten.
De data verkregen uit de focusgroepen werden inhoudelijk geanalyseerd. De knelpun-

ten die daaruit naar voor kwamen werden naar 14 stellingen (5-puntenschaal) omgezet en in de vorm van een vragenlijst voorgelegd aan de thuisloze druggebruikers.

## Het nieuwe cannabisbeleid in België: een verwarrend debat, een verward publiek

Bron: Gelders & Van Mierlo, 2004

Met een schriftelijke, gestandaardiseerde vragenlijst werd gepeild naar de kennis van jongeren over politieke instellingen, de kennis van jongeren over de cannabiswetgeving, de mening van jongeren over de manier waarop de regering en de politieke partijen over dat onderwerp communiceerden en de informatieconsumptie van jongeren.
De kennis van jongeren over de cannabiswetgeving werd gemeten aan de hand van 8 juist-of-fout-vragen in verband met bezit, kweek, export en verkoop van cannabis. De mening van jongeren over de manier waarop de regering en de politieke partijen over dat onderwerp communiceerden werd gemeten aan de hand van 6 vragen.
De vragenlijst werd in maart 2003 afgenomen bij 907 jongeren tussen 16 en 20 jaar. Het gaat om 758 respondenten uit het secundair onderwijs (vierde jaar ASO en vierde en zevende jaar BSO) en 149 studenten uit de tweede kandidatuur politieke en sociale wetenschappen en burgerlijk ingenieur van de KU Leuven.

## ESPAD-onderzoek

Bron: Hibell e.a., 2004

In het ‘European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs’ (ESPAD) van 2003 werden meer dan 100.000 jongeren uit 35 Europese landen[122] bevraagd. Het eerste ESPAD-onderzoek vond plaats in 1995 in 26 Europese landen, het tweede in 1999 in 30 Europese landen. In 2003 doet België voor het eerst mee. Het Belgische luik van het ESPAD-onderzoek wordt uitgevoerd door de vakgroep ontwikkelings- en levenslooppsychologie van de Vrije Universiteit Brussel en de ‘école de santé publique’ van de Université Libre de Belgique. De data werden in de periode maart tot mei van 2003 verzameld bij 2.320 leerlingen geboren in 1987, met andere woorden bij jongeren die in 2003 16 jaar werden. Er werd een representatief staal van deze leeftijdscohorte bevraagd, naar regio en onderwijsnet. De gegevensverzameling gebeurt in scholen.

## Mogelijkheden van een fuivenbeleid

Bron: Huybregts en Vettenburg, 2002

Het doel van dit onderzoek was uit te zoeken welke maatregelen er kunnen genomen worden om het fuiven in Vlaanderen terug mogelijk te maken zonder al te veel reglementering. Eén onderdeel van het onderzoek bestond uit een brede schriftelijke bevraging van schoolgaande jongeren. Daarin wordt ondermeer gepolst naar het alcohol- en druggebruik op fuiven. In totaal werden 4.234 schoolgaande jongeren tussen 13 en 25 jaar bevraagd uit het voltijds (66%) en deeltijds secundair onderwijs (2%), het hoger

[122] Oostenrijk, België, Bulgarije, Kroatië, Cyprus, Tsjechië, Denemarken, Estland, de Faröer eilanden, Finland, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Hongarije, IJsland, Ierland, Eiland Man, Italië, Letland, Litouwen, Malta, Nederland, Noorwegen, Polen, Portugal, Roemenië, Rusland, Slowakije, Slovenië, Zweden, Zwitserland, Turkije, Oekraïne, Verenigd Koninkrijk.

onderwijs buiten de universiteit (22%) en het universitair onderwijs (10%). Het gaat om 49% jongens en 51% meisjes.

## Antwerpse scholieren over hun geestelijke gezondheid en hun risicogedrag. SEGO II-onderzoek

Bron: Jespers e.a., 2004

Tijdens het schooljaar 1999-2000 vond reeds een eerste afname plaats van het SEGO-onderzoek. De doelstelling van het tweede onderzoek is het risicogedrag en aspecten van de geestelijke gezondheid van jongeren in Antwerpen na te gaan. De doelstelling werd gestuurd vanuit de klinische praktijk van de kinder- en jeugdspsychiatrie. De onderzoeksgroep bestaat uit leerlingen van het eerste, derde en vijfde jaar uit het ASO, TSO, BSO en KSO in Antwerpen. Er werden tijdens het schooljaar 2002-2003 in totaal 2.707 jongeren bevraagd. 9 scholen namen deel aan het onderzoek. Voor het onderzoek werd de 'Social and Health Assessment' (SAHA) gebruikt. Eén van de items die in de vragenlijst aan bod komt is middelengebruik.

De jongeren zijn tussen 11 en 20 jaar met een gemiddelde leeftijd van 14 jaar en 8 maanden voor de jongens en 14 jaar en 6 maanden voor de meisjes. Er zijn iets meer jongens (50,6%) dan meisjes (49,4%) bevraagd. 80,5% is Belg, 10,6% is van Marokkaanse afkomst, 4,7% is van Turkse origine en 4,2% heeft nog een andere afkomst, namelijk Oost-Europees, Aziatisch of Afrikaans. Van 37,3% van de jongeren is de vader arbeider, het percentage werkloze vaders bedraagt 16,3%. De meeste moeders werken als bediende (42,4%) en 35,5% van de moeders is werkloos. 69,4% van de jongeren woont in een regulier gezin. Van 21,9% van de jongeren zijn de ouders gescheiden of uit elkaar. Op basis van de scholingsgraad en de werksituatie van de ouders werd aan de jongeren een socio-economische status toegekend (SES). 57,5% van de jongeren behoort tot de SES groep II en III (gaat van I laag tot V hoog).

In verband met middelengebruik werden er vragen gesteld over de frequentie en de aard van de middelen, over opvattingen over middelengebruik en vragen die achterhalen welke risico's jongeren verbinden aan middelengebruik.

Gezien de cross-sectionele aard van de onderzoeken en de methodologische verschillen kunnen geen uitspraken gedaan worden over trends in de tijd.

## Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een drugbeleid op school

Bron: Kinable e.a., 2004

De VAD-leerlingenbevraging is een middel om de discussie over jongeren en middelengebruik en hoe de school hiertegenover staat gemakkelijker te maken. In de eerste plaats is de bevraging bedoeld om op schoolniveau het drugbeleid op school onder de aandacht te houden en de scholen te ondersteunen bij de evaluatie van hun drugbeleid. Deze enquête heeft het niet enkel over druggebruik en frequentie van gebruik. Er wordt ook gepeild naar de sfeer op school en in de klas, de vrijetijdsbesteding van de leerlingen en de invloed van ouders en vrienden.

Op Vlaams niveau krijgt men door deze resultaten een zicht op het gebruik en de attitudes van jongeren ten aanzien van genotmiddelen, de beleving van jongeren over het gevoerde drugbeleid op school, enzovoort. Verder kunnen op basis van de resultaten en de besprekingen in de scholen, noden en knelpunten worden gedetecteerd, die richtinggevend kunnen zijn voor de verdere ondersteuning van scholen bij drugpreventie.

Elk schooljaar worden de resultaten samengebracht van de scholen die dat schooljaar de bevraging organiseerden. Ondertussen is dit reeds het vijfde schooljaar waarin de leerlingen de vragenlijst kunnen invullen.
Over de 6 schooljaren heen hebben ondertussen al 505 scholen aan de bevraging deelgenomen met in totaal 251.478 leerlingen. Tijdens het schooljaar 2003-2004 vulden 38.029 leerlingen, uit 67 secundaire scholen, de vragenlijst in[123]. Uit deze populatie werd een steekproef genomen van 1.498 leerlingen die representatief is voor leerlingen uit het Vlaams secundair onderwijs (eerste tot en met zesde jaar ASO, TSO en BSO).

## Aflevering van methadon in Belgische apotheken

Bron: Ledoux, 2003

Dit onderzoek wil de rol van de apotheker in substitutiebehandelingen onderzoeken. In een algemene vragenlijst konden de apothekers aangeven hoeveel patiënten ze begeleiden. Er was daarnaast een specifieke vragenlijst waarin de apotheker elke patiënt kon evalueren. Ook de patiënten zelf werden bevraagd. Alle 5.140 apothekers in België ontvingen de vragenlijsten. 795 apothekers participeerden aan het onderzoek: 397 uit de Franse gemeenschap en 398 uit de Vlaamse gemeenschap. Aan het zelfevaluatie onderzoek namen 408 methadonpatiënten deel.

## Thuisloosheid in Vlaanderen. Profiel, visie en krijtlijnen voor een globale strategie

Bron: Lescrauwaet e.a., 2002

Dit onderzoek liep in april 2002. Naar 144 deelwerkingen van 27 Centra voor Algemeen Welzijnswerk met een thuislozenwerking werden 3 vragenlijsten verstuurd. 1 vragenlijst was bestemd voor de thuislozen, 1 voor de hulpverleners en de derde vragenlijst betrof een evaluatie van de afwijkingsmogelijkheid bij sociale huisvesting voor daklozen. Er werden gegevens verkregen van 273 thuislozen en 134 hulpverleners. De derde vragenlijst leverde gegevens van 94 werkingen.
Het onderzoek wil een actueel sociologisch profiel schetsen van thuislozen die opgevangen worden in de Vlaamse thuislozenzorg. In een tweede deel van het onderzoek komt de visie van hulpverleners op thuisloosheid aan bod. Ten slotte werden de hulpverleners bevraagd over strategieën en mogelijkheden om thuisloosheid te voorkomen.

## Drugbeleid op school

Bron: Maes & Pollet, 2004

Reeds meer dan 10 jaar ondersteunt VAD scholen om een drugbeleid op school uit te werken en te implementeren. Met dit exploratief onderzoek wil VAD deze inspanningen evalueren. In 7 Oost-Vlaamse scholen werden interviews gevoerd met directieleden, leerkrachten, leerlingen en ouders met het oog op het in kaart brengen van het drugbeleid op school. Volgende aandachtspunten kwamen daarbij aan bod: de inhoud van het beleid en op welke manier het bekend gemaakt wordt; de personen en de factoren die een invloed hadden op het ontwikkelen, de inhoud en de implementatie van het

[123] Dit is minder dan de voorgaande jaren omdat het eerste trimester gebruikt werd om het schoolrapport te vernieuwen.

drugbeleid; de verschillende betrokkenen bij het drugbeleid en hun rol daarin; de overeenstemming met het concept 'Drugbeleid Op School'; de duurzaamheid van het beleid; de evaluatie van het beleid.
Bij de selectie van de scholen werd rekening gehouden met de schoolgrootte, het type onderwijs, het net, de leerlingenpopulatie en de geografische ligging van de scholen in de regio. Er werd ook gezocht naar scholen die verschillen in de mate van ontwikkeling, implementatie en institutionalisering van het drugbeleid. Het onderzoek liep van november 2003 tot mei 2004.

## Gokken: ontspanning of verslaving. Enquête gokken en gokverslaving.
Bron: Minet e.a., 2004

De studie wil een beter beeld vormen van de problematiek van gokverslaving in België en een profiel opstellen van probleemgokkers. Men wil zo een zicht krijgen op risicofactoren en kenmerken die probleemgokkers onderscheiden van recreatieve gokkers. Via een face-to-face vragenlijst worden de gokgewoonten van gokkers en de gevolgen ervan onderzocht. De dimensies die aan bod komen zijn:
- kennis, begrip en perceptie van het toeval
- mate van gokverslaving gemeten door de 'South Oaks Gambling Screen' (SOGS)
- verschillende kansspelen, frequentie van gokken en de bedragen die eraan worden besteed.
- begin van gokken en redenen waarom men gokt
- gevolgen van gokken
- persoonlijkheidskenmerken en psychiatrische klachten
- verband met middelengebruik
- nemen van risico's door gokkers
- financiële aspecten
- familiale omgeving

De respondenten werden willekeurig aangesproken in casino's, wedkantoren, speelautomatenhallen, lottocenters en cafés met bingo's. De enquête liep van 7 november 2003 tot 30 januari 2004. In totaal werden 678 bruikbare enquêtes afgenomen.
De meeste ondervraagde gokkers waren mannen (72,3%). De meeste respondenten zijn tussen 36 en 55 jaar oud.

## Statistische gegevens inzake veroordelingen, opschortingen en interneringen
Bron: Ministerie van justitie, 2004a

Het statistisch Steunpunt van de Dienst Strafrechtelijk Beleid van het ministerie van justitie verwerkt de statistieken over de veroordelingen, de opschortingen en de interneringen die werden uitgesproken door de strafrechtbanken. Deze gegevens werden voor de eerste maal voor het jaar 1993 gepubliceerd. De statistiek is gebaseerd op de veroordelingsberichten. Een veroordelingsbericht wordt opgesteld op de griffie van de rechtbank op basis van het vonnis. Het bevat inlichtingen over het veroordeelde individu, over de procedure, over de genomen beslissingen en over de weerhouden feiten.
De kwaliteit van de gegevens in deze gegevensbank staat of valt met de kwaliteit van de informatie in de veroordelingsberichten. Voor drugmisdrijven in het bijzonder is het niet altijd duidelijk uit de veroordelingsberichten af te leiden of het gaat om bezit, gebruik, handel, ...

## Huishoudbudgetenquête

Bron: NIS, 2004b

Het Huishoudbudgetonderzoek bepaalt het bestedingspatroon van de Belgische huishoudens. Elke maand worden door meer dan 300 huishoudens inkomsten en uitgaven opgetekend; meer dan 3.000 huishoudens werden in de loop van het jaar opgevolgd. De door deze huishoudens verstrekte gegevens worden geëxtrapoleerd naar de circa vier miljoen huishoudens die ons land rijk is. Deze statistieken zijn beschikbaar per gewest en voor het rijk en leveren informatie over het detail van de uitgaven per product en gebruikte dienst, uitgesplitst volgens de leeftijd van de referentiepersoon, het beroepsstatuut.
Al in 1853 werd de eerste huishoudbudgetenquête gehouden. Tot 1995 werden om de 7 à 8 jaar enquêtes afgenomen. In 1995 werd een reeks van drie huishoudbudgetenquêtes (1995/1996, 1996/1997 en 1997/1998) opgestart. Vanaf 1999 gebeurt de bevraging continu. Sinds 1999 hanteerde het NIS echter een nieuwe methode voor haar huishoudbudgetonderzoek. In plaats van 1 jaar is de bevragingstijd nu op 1 maand teruggebracht.

## Jongeren en verslavingen

Bron: OIVO, 2003a, 2003b

Van maart tot mei 2003 werden 550 interviews afgenomen bij 200 jongeren van 11-12 jaar, 200 jongeren van 15-16 jaar en 150 jongeren van 17-18 jaar. De vragen gingen over het gebruik van alcohol en tabak. Er werden evenveel jongens als meisjes bevraagd. De resultaten van de jongeren tussen 13 en 14 jaar werden niet weerhouden omdat de resultaten niet representatief bleken.

## Sociale kosten-batenanalyse van alcoholgebruik en -misbruik in België

Bron: Pacolet e.a., 2003

Op vraag van de federatie van de Belgische brouwerijsector werd in 1999-2001 door het HIVA een studie uitgevoerd over de kosten en baten van alcoholgebruik/misbruik in België. De studie vertrekt vanuit een 'societal point of view' waarbij men uitgaat van een zeer ruime definitie van zowel private (interne) als externe kosten en baten. De kosten en baten van alcoholgebruik/misbruik worden door de bril van de totale samenleving bekeken. Zowel de kosten als de baten worden in geldtermen uitgedrukt.
Sociale kosten betreffen de sommatie van de private en externe kosten. Een externe kost doet zich voor wanneer een derde partij beïnvloed wordt door het gedrag van anderen. In deze studie wordt een onderscheid gemaakt tussen drie partijen die deze externe kosten en baten kunnen dragen namelijk de overige burgers, de overheid en de bedrijven. Daarbij dient benadrukt dat de overheid wel externe kosten draagt maar de middelen daarvoor recupereert bij de burgers. Private kosten worden gedragen door de gebruiker met andere woorden door de drinkers. Nadat de kosten en baten geïdentificeerd werden, werden de etiologische fracties[124] berekend namelijk hoeveel van het totale aantal gevallen is aan alcoholgebruik toe te schrijven.

---

[124] Etiologie betreft de leer van de oorzaken van ziekten. Etiologische fracties voor alcohol geven aan hoeveel van het totaal aan tal ziektegevallen aan alcoholgebruik zijn toe te schrijven.

Eens de fractie van positieve en nadelige effecten berekend is, worden deze in geldtermen uitgedrukt. Dit gebeurt op basis van direct meetbare data, op basis van ramingen of op basis van hypothesen. Niet alle kosten en baten kunnen in geldtermen uitgedrukt (gewaardeerd) worden omdat daarvoor de nodige data ontbreken. Alle waarden worden geïndexeerd naar prijzen van 1999.
De volgende kostencomponenten werden opgenomen in de studie[125]:

- aankoopkost van alcohol
- directe gezondheidszorgkosten: geneesheren en specialisten*, centra voor geestelijke gezondheidszorg*, algemene en acute ziekenhuizen*, psychiatrische ziekenhuizen*, PVT*, beschut wonen*, totale resterende directe gezondheidszorgkosten*.
- directe verkeerskosten*
- directe kosten in de werkomgeving: hogere werkloosheid*, productiviteitsverlies door inefficiënties*, verhoogd ziekteverzuim*, extra arbeidsongevallen, inkomensverlies, overige: alcoholtests, negatief bedrijfsimago, gerichte campagnes.
- overige directe kosten: politie en rijkswachtdiensten*, rechtspraak en gerechtelijk apparaat*, gevangeniswezen*, diefstal en fraude, vernielingsschade, overvallen, aanrandingen, kosten wetenschappelijk onderzoek, campagnes en voorlichting, tijdelijke gezondheidsproblemen: kater, administratiekosten voor regeling transfers, hogere verzekeringskosten, menselijk leed: pijn, verdriet, lijden, angst,...
- indirecte kosten: productiviteitsverlies door mortaliteit*, productiviteitsverlies door morbiditeit*, productiviteitsverlies door criminaliteit
- economische kosten: productiekosten
- sociale kosten: schulden, armoede en dakloosheid, familiale en huwelijksproblemen, seksuele problemen, stigma, sociale isolatie, kindermishandeling- en verwaarlozing, agressie
- kost van transfers: transfers voor werkloosheidsuitkeringen*, transfers voor ziekteuitkeringen: veroorzaakte morbiditeit, vermeden morbiditeit*

De baten die worden opgenomen in deze studie zijn[126]:

- nut van consumptie
- directe gezondheidszorgbaten: geneesheren en specialisten*, algemene en acute ziekenhuizen*, totale resterende directe gezondheidszorgbaten*.
- directe baten in de werkomgeving: inkomenswinst
- overige directe baten: euforie, blijdschap, goed voelen
- indirecte baten: productiviteitswinst door vermeden mortaliteit*, productiviteitswinst door vermeden morbiditeit*, productiviteitswinst door criminaliteit
- economische baten: accijnzen*, BTW*, omzet: inkomsten van verkoop
- sociale baten: sociale contacten
- baat van transfers: transfers voor werkloosheidsuitkeringen*, transfers voor ziekteuitkeringen: veroorzaakte morbiditeit, vermeden morbiditeit*

Belangrijk is dat de in deze studie becijferde kosten en baten niet de totale kosten en baten van alcoholgebruik zijn aangezien (1) de weerhouden en in geldtermen geschatte kostensoorten niet altijd volledig werden geschat, (2) door bepaalde assumpties en of berekeningswijzen er mogelijk over- of onderschattingen kunnen optreden en (3) lang niet alle kosten en baten die door alcohol worden veroorzaakt zijn weerhouden.

---

[125] De kosten gemarkeerd door een * werden in geldtermen uitgedrukt.
[126] De baten gemarkeerd door een * werden in geldtermen uitgedrukt.

## Jongeren en welzijn enquête

Bron: Patesson e.a., 2003a-b

In samenwerking met de Université Libre de Bruxelles voerde de Rodin Stichting in 2003 bij jongeren tussen 10 en 18 jaar een enquête uit over het welzijn en het gebruik van substanties. De enquête werd face-to-face afgenomen bij een representatieve steekproef van de Belgische populatie jongeren tussen 10 en 18 jaar. In 70 gemeenten werden 10.700 gezinnen geselecteerd waaruit uiteindelijk een subpopulatie van 2.094 kinderen werd gevormd. Per gezin is 1 kind betrokken. De enquêtes werden afgenomen door 97 enquêteurs. De enquêtes werden afgenomen in de periode 10 maart - 10 mei 2003. De jongere werd alleen geïnterviewd. De totale geïnterviewde populatie bedraagt 2.009 jongeren.

## Euregionaal jongerenonderzoek

Bron: Provincie Limburg, 2003

In 1995 werd in de provincie Limburg voor de eerste maal het middelengebruik van jongeren in het secundair onderwijs onderzocht. In 2000 participeerde de provincie in het Euregionaal onderzoek 'Jongeren en gezondheid', waardoor voor de tweede maal gegevens over middelengebruik konden worden ingezameld. Naast de Belgische provincie Limburg zijn in 2000 ook de regio's Nederlands Limburg, de Duitstalige Gemeenschap, Aken en de provincie Luik in het onderzoek betrokken. Deze regio's vormen de Euregio Maas-Rijn.
Het doel van het onderzoek is een beeld te krijgen van de gezondheidssituatie van jongeren, de leefstijl, de omvang van het middelengebruik en het risicovol gedrag en de evoluties in het middelengebruik van Limburgse jongeren op te volgen.
Het onderzoek gebeurt met een schriftelijke vragenlijst waarin vragen aan bod komen over school, gezondheid, uitgaan, roken, gebruik van alcohol, illegaaldruggebruik, gebruik medicatie, gokken, vrijetijdsbesteding, vrijen, veiligheid, risicovol gedrag en voeding. De vraagstelling is in 1995 en 2002 echter niet helemaal dezelfde. In 2002 werden leerlingen uit het derde en vijfde jaar van het ASO, TSO en BSO bevraagd, terwijl in 1995 de volledige tweede en derde graad in de steekproef was opgenomen. In 1995 namen 24 scholen deel aan het onderzoek (1.820 leerlingen). In 2002 deden 17 van deze 24 scholen terug mee (4.009 leerlingen). In 1995 is de steekproef representatief naar geslacht, leeftijd en studierichting. In 2002 is het resultaat van de analyse representatief gemaakt door het herwegen van de gegevens. Vergelijkingen tussen de resultaten van 1995 en 2002 moeten dus zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden. Aangezien in 2002 leerlingen uit het derde en vijfde jaar werden bevraagd gaat het theoretisch om jongeren tussen 14 en 17 jaar. 5% is ouder dan 17 jaar. Er werden iets meer jongens (54%) dan meisjes bevraagd (46%).

## Ginger-rapport 2003

Bron: Rosiers, 2004

Ginger is een registratiesysteem voor drugpreventieactiviteiten. Er zijn 6 doelstellingen aan Ginger gekoppeld: zicht krijgen op de preventieve activiteiten in de verschillende sectoren, het doorzichtig maken van verschillende kanalen en actoren van preventie, het detecteren van noden en hiaten, het ontwikkelen van een beleidsinstrument dat in

de eigen organisatie bruikbaar is voor het vastleggen van prioriteiten, het ontwikkelen van een evaluatie-instrument en ten slotte het uitwisselen van gegevens. De registratie van preventieactiviteiten gebeurt aan de hand van 6 standaardcategorieën: sector, detailsector, type, doelgroep, activiteit en detailactiviteit. In 2003 waren er 67 deelnemers aan de registratie: 13 lokale preventiewerkers, 40 regionale preventiewerkers en 14 Vlaamse preventiewerkers.

## Aids en HIV-besmetting in België

Bron: Sasse, 2001-2004; Sasse & Defraye, 2004

De cijfers over aids en HIV-besmetting hebben uitsluitend betrekking op het aantal personen die als HIV-positief gediagnosticeerd werden en niet op het reële aantal besmette individuen.
De gegevens over de epidemiologie van aids en HIV-infectie komen enerzijds van de registratie van aids-patiënten door clinici en anderzijds van de registratie van seropositieven door de referentielaboratoria. De aids-patiënten zijn immers allen seropositief, niet alle seropositieven zijn aids-patiënt.
Er bestaan in België 8 aids-referentielaboratoria. Zij voeren onder andere confirmatietesten uit op positieve sera. Omdat enkel deze 8 laboratoria gefinancierd worden voor de confirmatietesten, geeft de aangifte van de nieuwe HIV-seropositieven een totaalbeeld van het totale aantal gediagnosticeerde seropositieven in België. De aangifte is anoniem. Vaak voeren referentielaboratoria meerdere confirmatietesten uit op het bloed van eenzelfde persoon. Daarom bestaat er een risico dat een aantal seropositieven meerdere malen aangegeven wordt. Om deze reden nemen zij enkel deze personen in de analyse van wie genoeg gegevens voorhanden waren om dubbeltelling uit te sluiten.
Naast het uitvoeren van de confirmatietesten trachten de referentielaboratoria een aantal epidemiologische gegevens van de seropositieven te verzamelen. Elke arts krijgt voor elke nieuw ontdekte seropositieve persoon in zijn praktijk een gestandaardiseerd formulier toegestuurd. Daarop kan sekse, leeftijd, nationaliteit, mogelijke besmettingswijze en klinisch stadium op het ogenblik van de diagnose worden aangeduid. De behandelende arts geeft de aids-patiënten op een onafhankelijke manier aan.
Omdat dezelfde registratiecode wordt gebruikt voor seropositieven als voor aids-patiënten is het mogelijk om de twee bestanden te verbinden en zo te komen tot één groot databestand dat alle personen bevat die geïnfecteerd werden met HIV, of ze zich nu in het aidsstadium bevinden of niet.
Deze anonieme aangiften zijn gericht aan een commissie samengesteld uit clinici, virologen en epidemiologen. Deze commissie staat borg voor de vertrouwelijkheid van de gegevens. Zij komt eens per trimester samen om alle nieuw aangegeven aids-gevallen te verifiëren op conformiteit met de aids-definitie. De huidige aidsdefinitie in België is deze die werd voorgesteld door de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in 1987. De dienst epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid te Brussel valideert en analyseert deze gegevens, zowel voor seropositieven als voor aids-patiënten.

## Druggebruik in de gevangenis

Bron: Sleiman, 2004

Het doel van deze studie was de kennis van gevangenen te evalueren over risico's die

verband houden met druggebruik. Er werden 5 Franstalige en 5 Nederlandstalige gevangenissen geselecteerd. In totaal vulden 886 gevangenen een vragenlijst in.

## VVBV cijfergegevens 2003

Bron: Thienpont & van Zuijlen, 2004

De VVBV verzamelt sedert 1988 registratiegegevens van de aangesloten centra. Het gaat om gegevens van cliënten die effectief een behandeling starten in de aangesloten centra met een RIZIV-erkenning. Aan de cliënten werd geen unieke code toegekend waardoor cliënten die in hetzelfde jaar een beroep doen op verschillende centra, dubbel kunnen geregistreerd worden. Er worden opnamegegevens geregistreerd, sociodemografische gegevens (sekse, nationaliteit, geboorteland, gemiddelde leeftijd bij de start van de behandeling, burgerlijke staat, verblijfplaats, beroepsniveau, inkomenssituatie, leefsituatie, hoogste diploma), productgegevens (voornaamste product, toedieningswijze voornaamste product, frequentie voornaamste product, tweede product, derde product, ooit-geïnjecteerd) en gegevens over de justitiële situatie. Gegevens over hepatitis en HIV worden niet geregistreerd. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen ambulante dagcentra (DAG), Medisch-sociale Opvangcentra (MSOC), residentiële behandelingscentra (RBC) en residentiële crisisprogramma's (RCP). In totaal zijn er van 3.178 cliënten gegevens weerhouden voor 2003. De ambulante centra (DAG en MSOC) staan voor 67,3% van de gegevens, de residentiële centra hebben 32,7% van de cliënten. 1 cliënt op 3 nam zelf het initiatief tot begeleiding of opname. In totaal werden 82% mannen en 18% vrouwen geregistreerd. In de MSOC's hebben er in verhouding meer vrouwen een behandeling opgestart dan in de andere centra. De meeste cliënten hebben de Belgische nationaliteit (88%). De gemiddelde leeftijd waarop een behandeling gestart wordt is 27 jaar. In de MSOC's is de gemiddelde leeftijd waarop men een behandeling start hoger, namelijk 29 jaar. 8 op 10 cliënten zijn nooit gehuwd geweest. 54% van de cliënten is arbeider, 24% is niet actief en 14% is student. 48% van de populatie heeft een vervangingsinkomen (werkloosheidsuitkering, ziekte- of invaliditeitsuitkering, uitkering van het OCMW of pensioen). 1 op 3 cliënten woont bij de ouders. In de dagcentra is de groep die bij de ouders woont nog opvallender aanwezig dan in de andere centra. Een derde van de cliënten behaalde een diploma van beroepssecundair onderwijs of van de tweede graad. 3 op 10 haalden een diploma van het lager onderwijs.
In de registratiedata wordt een opsplitsing gemaakt volgens het product dat men gebruikt. De meeste cliënten (80%) geven echter aan meer dan 1 product te gebruiken.

## Jaarverslag DrugLijn

Bron: VAD, 2004

Bij de DrugLijn kan men terecht voor vragen over alcohol, illegale drugs, medicatie en onderwerpen die daarmee verband houden.
In totaal voerde de DrugLijn in 2003 5.779 effectieve gesprekken. Er bellen meer vrouwen (6 op 10) dan mannen (4 op 10) naar de DrugLijn. Twee grote leeftijdsgroepen steken er traditioneel bovenuit: bellers tussen 15 en 30 jaar (33%) en bellers tussen 35 en 50 jaar (40%). In bijna een kwart van de gevallen (23%) is de oproeper een gebruiker. Ook veel ouders (31%) en vrienden/partners/familie (19%) belden.

De gesprekken kunnen gaan over productinformatie, relationele of emotionele problemen en preventie of hulpverlening.
In 6 op 10 gesprekken kwam productinformatie aan bod, vooral dan de risico's en de effecten van de producten. In bijna 8 op 10 gesprekken werd een relationeel, sociaal of emotioneel probleem besproken. In hoofdzaak ging het dan over relatieproblemen tussen ouder en kind. Vragen over preventie en hulpverlening kwamen in 6 op 10 van alle gesprekken aan bod. In 8 op 10 van de gesprekken komt minstens 1 product aan bod.

## Leefsituatieonderzoek ouderen

Bron: Vanden Boer & Pauwels, 2003

Het CBGS heeft altijd veel aandacht besteed aan het ouderenvraagstuk. Met een tijdsverloop van tien jaar werden leefsituatieonderzoeken opgezet bij ouderen. Deze traditie startte in 1964-1965 met een survey bij 3.178 Belgen van 65 jaar en ouder die collectief of alleen wonen. De enquête gaat over diverse aspecten van het dagelijks leven zoals de graad van het lichamelijk functioneren, familiale en sociale relaties, pensionering en tewerkstelling, huisvesting of de financiële situatie. In deze enquête kwam medicatiegebruik echter nog niet aan bod.
In 1974-1975 werd een gelijkaardig onderzoek opgezet waarbij 2.000 bejaarden werden bevraagd. Deze survey beperkte zich echter tot Vlaamse zelfstandig wonende 65-plussers. In dit onderzoek kwamen tevens de hulpverleningsbehoeften aan bod, maar informatie over gebruik van geneesmiddelen werd niet verzameld.
Het derde onderzoek in 1984-1985 was eveneens beperkt tot dezelfde doelgroep met name Vlaamse zelfstandig wonende 65-plussers. 1.500 personen waren in de steekproef opgenomen. De vragen gaan over gezondheid, validiteit en medische consumptie, hulpverlening, dienstverlening, relaties, huisvesting, ontspanning, vrije tijd en financiële situatie. Dit jaar wordt medicatiegebruik zeer uitgebreid bevraagd. Het onderzoek gaf aanleiding tot afgeleide analyses met de klemtoon op hoogbejaarden, weduwen en behoeftenscenario's.
In 2001-2002 vond een nieuw leefsituatieonderzoek plaats (LOVO). Het eerste luik van dit onderzoek betreft een doorlichting van Vlaamse thuiswonende personen tussen 55 en 90 jaar. Daarin werden 2.500 ouderen bevraagd over aspecten die te maken hebben met de 'kwaliteit van het leven', namelijk gezondheid en zelfredzaamheid, persoonlijke autonomie, wonen, arbeid, vrije tijd en ontspanning, relaties en netwerken, formele en informele hulpbronnen, subjectief welbevinden. Geneesmiddelengebruik wordt hierin beknopt belicht. Een tweede luik, dat in voorbereiding is, gaat over rusthuisbewoners en een derde luik over intergenerationele solidariteit en transfers.

## Drugbeleid op school: de leerlingen aan het woord. Verkennend onderzoek naar de perceptie van leerlingen uit het secundair onderwijs in de stad Gent

Bron: Vander Laenen, 2003

Het uitgangspunt van dit onderzoek is dat ook leerlingen een volwaardige partner zijn in de ontwikkeling, de uitvoering en de evaluatie van een drugbeleid op school. Het onderzoek wil een beeld geven van de vragen en ideeën van leerlingen van de Gentse secundaire scholen over het drugfenomeen in en rond de school en het drugbeleid op school. Het wil de scholen in de regio Gent ondersteunen bij de verdere ontwikkeling

van een drugbeleid op school. Ten slotte willen de onderzoekers hiermee stimuleren dat leerlingen een stem krijgen in het proces van een drugbeleid op school.
Het onderzoek liep van april tot augustus 2003. 7 scholen werden geselecteerd en waren bereid mee te werken aan de groepsgesprekken. Bij de selectie van de scholen werd rekening gehouden met de studierichtingen, de onderwijsnetten en de geografische ligging. Voorafgaand vonden ook gesprekken plaats met leerkrachten of directie van deze scholen, met het CAT-infopunt van het CAT-preventiehuis in Gent en met de unit drugs van de politie van de stad Gent.
Om de perceptie van leerlingen te onderzoeken werd gebruik gemaakt van de methodiek van de focusgroepen. Voor de focusgroepen werd in overleg met de opdrachtgever, de drugcoördinator van de stad Gent en de medewerkers van het CAT-infopunt een lijst met thema's ontwikkeld. De thema's hadden betrekking op de inschatting van de leerlingen van het drugprobleem in en rond de school, de ervaringen met en verwachtingen van leerlingen over het drugbeleid op school, de inschatting van leerlingen over wat wettelijk gezien wel en niet kan met betrekking tot bezit en gebruik van drugs.
In totaal namen 68 leerlingen uit het tweede en derde jaar van het secundair onderwijs deel aan de focusgroepen. Het ging om 34 jongens en 34 meisjes. De leerlingen zijn tussen 13 en 15 jaar oud. De focusgroep met jongeren uit het deeltijds onderwijs is samengesteld uit iets oudere jongeren (tussen 15 en 18 jaar). Elke focusgroep bestond uit leerlingen uit dezelfde onderwijsrichting. De scholen selecteerden de leerlingen voor de focusgroepen.

## De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers

Bron: Vanderplassen e.a., 2003

Om de resultaten van de registratie van 1999 en 2000 verder uit te diepen[127], startte de vakgroep orthopedagogiek van de universiteit Gent in samenwerking met het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg en de provincie Oost-Vlaanderen met een nieuw registratieonderzoek in de provincie Oost-Vlaanderen. Tussen 3 december 2001 en 31 mei 2002 werden alle personen die op dat moment in behandeling waren in de deelnemende voorzieningen systematisch geregistreerd. Tot en met 30 november 2002 werd ook de afloop van deze behandelingen geregistreerd.
Huisartsen, spoedafdelingen van algemene ziekenhuizen en sociale werkplaatsen werden niet in het onderzoek betrokken. Het onderzoek beperkt zich tot personen met problemen met illegale drugs.
Aan het onderzoek participeerden nagenoeg alle voorzieningen uit de provincie Oost-Vlaanderen (18) die zich specifiek richten op de behandeling van personen met illegale drugproblemen: 7 ambulante centra voor psychosociale opvang, 2 MSOC's, 2 residentiële centra voor kortdurende opvang en 7 residentiële centra voor langdurige opvang.
Het onderzoek bestond uit 4 fasen waarvoor telkens een ander registratieformulier werd gebruikt:

- de opstartregistratie: registratie van alle personen die op 3 december 2001 residen-

---

[127] De resultaten daarvan werden beschreven in Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening. Registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2000*. Gent: Universiteit Gent, Gent: Provincie Oost-Vlaanderen, Drongen: PopovGGZ.

tieel opgenomen waren en van alle personen die ambulant in behandeling waren en tussen 3 en 9 december een begeleidingsgesprek hadden.
- de instroomregistratie: registratie van alle cliënten die tussen 3 december 2001 en 31 mei 2002 op intakegesprek zijn geweest.
- de doorstroomregistratie (enkel in ambulante voorzieningen): elke cliënt die voor 31 mei 2002 werd doorverwezen naar een andere voorziening maar die gelijktijdig of achteraf in behandeling bleef bij het ambulant centrum, werd geregistreerd.
- de uitstroomregistratie: de uitstroom werd geregistreerd tussen 3 december 2001 en 30 november 2002.

Om dubbeltellingen te vermijden werd een niet-identificeerbare cliëntencode gebruikt.

## Registratie van druggebruikers via de Vlaamse parketten en Brussel

Bron: Van Hal, 2004

Sinds 1990 registreert de Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen in samenwerking met het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) de geverbaliseerde druggebruikers in Vlaanderen en Brussel. De registratie gebeurt jaarlijks gedurende 3 maanden van 10 september tot 10 december. Over druggebruikers (geen dealers) die in deze periode in contact komen met de deelnemende parketten wordt een beperkte vragenlijst ingevuld op basis van de geanonimiseerde gegevens uit het proces-verbaal. Dit gebeurt onmiddellijk nadat het proces-verbaal bij het parket aankomt. Met de registratiegegevens wil men het profiel schetsen van mensen die wegens druggebruik in contact komen met justitie (sekse, leeftijd, woonplaats, nationaliteit). Daarnaast wil men weten of er reeds vroeger contact was met justitie, welke producten gebruikt worden en of er verbanden zijn tussen al deze aspecten.
In 2003 werden 2.984 bruikbare enquêteformulieren geregistreerd. De deelnemende parketten zijn Antwerpen, Brussel, Dendermonde, Gent, Ieper, Kortrijk, Leuven, Mechelen, Oudenaarde, Tongeren, Turnhout, Veurne. Voor deze periode ontbreken de gegevens van het parket van Hasselt en Brugge.

## Partywise. Kwantitatief onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven - 2003

Bron: Van Havere e.a., 2004

Het trendonderzoek in het uitgaansleven ging in de zomer van 2003 van start. Het gaat om een exploratief onderzoek naar het druggebruik en de kenmerken van de gebruikers in het uitgaansmilieu. Doelstelling van het onderzoek is een zicht te krijgen op de producten die gebruikt worden, op de groep gebruikers, de toedieningswijzen, de combinaties, waar en door wie gebruikt wordt. Op termijn moeten hieruit trends duidelijk worden die wijzigende gebruikspatronen en gebruikersgroepen identificeren.
De doelgroep van het onderzoek bestaat uit personen die uitgaan. De respondenten werden geselecteerd op festivals, events of clubs. In totaal vulden meer dan 650 partygangers een vragenlijst in.
De respondentengroep heeft een gemiddelde leeftijd van 22 jaar en bestaat uit 400 mannen (64,4%) en 221 vrouwen (35,6%). Iets minder dan de helft is nog student en iets minder dan de helft heeft een job. 2 op 3 woont nog bij zijn ouders.

Wat de uitgaanscultuur betreft geeft iets meer dan de helft van de respondenten techno-muziek als voorkeur op. Drie vierde van de respondenten duidt 1 van de muzieksoorten onder de categorie 'dance' als voorkeur aan. 4 op 5 gaat op café, gevolgd door festivals. Discotheken worden minder frequent bezocht, maar de frequentie van bezoeken ligt hoger dan bij festivals.

## Drink Driving in Belgium

Bron: Vanlaar, 2004

In 2003 organiseerde het BIVV voor de derde maal een 'road survey' om de proportie dronken bestuurders en hun profiel te schetsen. De vorige enquêtes vonden plaats in 1998 en 2000. Deze studie wordt om de twee jaar herhaald om trends in dronken rijden te bestuderen.
Voor de samenstelling van de steekproef werden eerst 449 willekeurige plaatsen langs de weg uitgekozen. Vervolgens werden tussen oktober en november 2003 12.891 bestuurders van personenwagens willekeurig gestopt. Aan alle gestopte bestuurders werd gevraagd om een ademtest af te leggen. Daarnaast dienden alle gestopte bestuurders een korte vragenlijst in te vullen met individuele variabelen.

## Bezorgdheid en waarden in de huidige opvoedingssituatie. Vaders anders dan moeders?

Bron: Van Ranst e.a., 2002

De gegevens van deze analyse zijn afkomstig van het leefsituatieonderzoek dat het CBGS samen met het Kinderrechtencommissariaat in 2000 uitvoerde bij een steekproef van 1.955 jongeren van 10 tot 18 jaar, hun leerkrachten en hun ouders. De ouders van wie het kind aan het onderzoek had deelgenomen kregen eveneens een vragenlijst toegestuurd. 1.202 ouders vulden de vragenlijst in, 264 vaders en 938 moeders. De gemiddelde leeftijd van de vaders is 44 jaar. Meer dan één derde volgde hoger onderwijs. 70% werkt overdag. De gemiddelde leeftijd van de moeders is 41 jaar. Eén derde volgde hoger onderwijs. 60% werkt overdag, meer dan een vierde is niet beroepsactief.

## APS-survey in Vrind

Bron: Vanweddingen, 2004

Sinds 1996 voert de administratie Planning en Statistiek van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap jaarlijks een face-to-face enquête uit bij een representatieve steekproef van 1.500 Vlamingen tussen 18 en 85 jaar in het Vlaams Gewest en van de Nederlandstalige bevolking in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De survey peilt naar opvattingen en verwachtingen over maatschappelijke en beleidsrelevante thema's. In de APS-survey van 2003 wordt dezelfde lijst van probleemitems aangeboden als in 2000 met de vraag de 5 belangrijkste aan te duiden. Druggebruik door jongeren is één van de probleemitems.
In 2003 vond de enquête plaats van april tot midden juli. 1.437 van de 2.264 gecontacteerde Vlamingen hebben meegedaan aan de survey.

## HBSC-studie

Bron: Vereecken & Maes, 2002

Het onderzoek 'Jongeren en gezondheid' maakt deel uit van het onderzoek 'Health Behaviour in School-aged Children' van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het onderzoek loopt al sinds 1983, maar Vlaanderen deed voor het eerst mee in 1989-1990. Ondertussen werd het onderzoek al 6 maal in Vlaanderen herhaald (1990, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002) bij een representatieve steekproef van leerlingen uit het secundair onderwijs (eerste tot en met het zesde jaar). In 2002 namen 16.560 leerlingen deel aan de studie.
Het doel van de studie is "meer inzicht te krijgen in gezondheidsgerelateerde attitudes en gedragingen van jongeren en de omgeving waarin zij zich ontwikkelen". De enquête peilt naar diverse aspecten van het leven van de schoolgaande jeugd die het gezondheidsgedrag kunnen beïnvloeden. Middelengebruik is daar één van.
De HBSC-vragenlijst bevat vragen over de frequentie van alcoholgebruik, de lifetime-prevalentie van dronkenschap, de leeftijd waarop men voor het eerst alcohol dronk, de leeftijd waarop men voor het eerst dronken was, het aantal keer dat men al cannabis heeft gebruikt, lifetimeprevalentie van gebruik en gebruik afgelopen maand van illegale drugs, leeftijd van het eerste gebruik van illegale drugs, of men gemakkelijk aan hasj, XTC en LSD kan geraken, en het gebruik van geneesmiddelen in de afgelopen maand. Wanneer onderwijstypes worden vergeleken worden enkel de leerlingen uit de tweede en de derde graad secundair onderwijs in rekening gebracht en werden de leerlingen van het KSO bij de leerlingen van het TSO gevoegd.

## Methadonverstrekking in Vlaams-Brabant

Bron: Vranckx e.a., 2004

De werkgroep drugbeleid van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg Vlaams-Brabant wil een zicht krijgen op het aantal methadonpatiënten in Vlaams-Brabant en de wijze waarop de methadonbehandeling in de praktijk verloopt. Daartoe werd samen met de farmaceutische inspectie een schriftelijke enquête bij apothekers in de regio opgezet. In de enquête wordt gepeild naar de aangekochte hoeveelheid methadon, het aantal patiënten in behandeling met methadon eind 2000, de behandelende arts, de startdatum van de therapie, de dagdosis bij aanvang, de huidige dosis en de magistrale vorm waaronder methadon wordt afgeleverd. Aan de apotheker werd gevraagd een stand van zaken te geven op het ogenblik dat de enquête werd ingevuld (met andere woorden er werd geen tijdsperiode afgebakend). Niet alle apothekers in de provincie Vlaams-Brabant stuurden hun enquêteformulier terug: het antwoordpercentage bedraagt 58,9%. De resultaten zijn louter exploratief.

## CGG registratiegegevens 2002

Bron: VVGG, 2004

Het registratieproject in de CGG bestaat al sinds 1976. Doelstelling is de centra de mogelijkheid bieden om op systematische wijze een beeld te vormen van cliënten en daarmee verbonden activiteiten. Dit kan als basis dienen voor de evaluatie van de werking van het centrum. Daarnaast bieden de registratiegegevens een uitgangspunt voor onderzoek. Sinds 2003 neemt de administratie gezondheidszorg van het ministerie van

de Vlaamse gemeenschap de begeleiding van het registratieproject in de CGG over.
Een persoon wordt door een centrum geregistreerd wanneer er sprake is van een behandeling.
In 2002 nemen 21 CGG's deel aan de registratie. Het totale aantal cliënten dat bij een behandeling in de CGG betrokken was is 53.849. Daarin zijn ook de gezinsleden, andere familieleden en kennissen inbegrepen. In 2002 waren er 48.611 referentiepersonen in behandeling (dit wil zeggen personen die centraal staan in de behandeling). We beschrijven verder enkel de kenmerken van de referentiepersonen.
Bijna 3 op 10 cliënten zijn kinderen of jongeren (van 0-17 jaar). Volwassenen vormen de hoofdgroep (67%). Personen ouder dan 60 jaar maken 5% uit van het cliënteel. Er zijn in 2002 iets meer vrouwen (53%) dan mannen (47%) in behandeling. Bij de kinderen en jongeren is het aandeel mannen (58%) groter dan het aandeel vrouwen (42%). In de andere leeftijdsgroepen zijn er telkens meer vrouwen. De meeste cliënten zijn ongehuwd (42%), een derde is gehuwd. Voor 45% van de cliëntenpopulatie is middelbaar onderwijs het hoogst bereikte onderwijsniveau. Bijna 4 op 10 cliënten leven in het ouderlijk gezin en 37% heeft een eigen gezin. Bijna alle jongeren leven in het ouderlijk gezin (94%). De helft van de patiënten is niet beroepsactief[128], een kwart is bediende en 19% is arbeider. Bijna de helft van de populatie heeft eigen beroepsinkomsten. 29% heeft een vervangingsinkomen (werkloosheidsuitkering, OCMW-uitkering, ziekte- en invaliditeitsuitkering of tegemoetkoming aan mindervaliden).

## Evaluatieonderzoek spuitenruil Vlaanderen 2003

Bron: Windelinckx, 2004

Het initiatief spuitenruil, dat begin 2001 van start ging, wordt jaarlijks geëvalueerd door middel van een gestructureerde vragenlijst die wordt afgenomen bij zoveel mogelijk gebruikers van de spuitenruilpunten. De vragenlijst peilt naar risicogedrag, de gezondheidstoestand, het druggebruik, de contacten met de hulpverlening, de recuperatie van gebruikt materiaal en de beleving van de spuitenruil. De vragen over risicogedrag zijn overgenomen uit de 'Injecting Risk Questionaire' (IRQ).
In 2003 werden 155 geldige vragenlijsten ingevuld (86 in Antwerpen, 10 in Limburg, 22 in Oost-Vlaanderen, 32 in West-Vlaanderen en 4 in Vlaams-Brabant). De bevraging liep over een periode van 3 maanden.

---

[128] Dit betekent eigen huishouden, werkloos, gepensioneerd, gehandicapt, student, …

# Bijlage 2
## Indeling psychoactieve medicatie[129]

* met voorschrift

| I. ANALGETICA | | ATC-code N02 |
|---|---|---|
| | Generische naam of Stofnaam | Merknaam |
| **A. niet-narcotische analgetica** | | |
| 1. ENKELVOUDIGE PREPARATEN | a. paracetamol | Afebryl Mono®, Algostase mono®, Curpol®, Dafalgan®, Docpara®, Dolol-instant®, Dolprone®, Lemgrip®, Panadol®, Paracetamol EG®, Paraphar®, Perdolan®, Perfusalgan®*, Pro-Dafalgan®*, Sanicopyrine®, Witte Kruis Mono® |
| | b. salicylaten | |
| | *acetylsalicylzuur* | Acenterine®, Alka Seltzer®, Asaflow®, Aspirine®, Aspro®, Cardioaspirine®, Cardiphar®, Dispril®, Sedergine®, Tampyrine® |
| | *andere salicylaten* | Aspegic®, Cardegic®, Diflusal®*, Duvium® |
| | c. pyrazolonderivaten* | Analgine®, Novalgine® |
| | d. nefopam* | Acupan® |
| 2. ASSOCIATIES | *acetylsalicylzuur + vit C* | Afebryl®, Aspirine-C®, Sedergine C® |
| | *acetylsalicylzuur + coffeïne + codeïne* | Nogrimine®* |
| | *acetylsalicylzuur + coffeïne* | Aspirine Duo® |
| | *paracetamol + coffeïne* | Algostase®, Antigrippine®, Panadol Plus®, Witte Kruis®, Mann® |
| | *paracetamol + coffeïne + codeïne* | Lonarid N®, Nevrine Codeïne®* |
| | *paracetamol + vit C* | Efferalgan C®, Perdogrip® |
| | *paracetamol + codeïne* | Dafalgan Codeïne®*, Docparacod®*, Panadol Codeïne®*, Perdolan Codeïne®* |
| | *paracetamol + codeïne + caffeine + tiëmoniumjodide* | Asodal®* |
| | *acetylsalicylzuur + paracetamol + coffeïne* | Troc® |
| | *acetylsalicylzuur + paracetamol + coffeïne + codeïne* | Perdolan Compositum® |
| 3. ASSOCIATIES VAN PYRAZOLONDERIVATEN EN SPASMOLYTICA | | Buscopan Compositum®* |

[129] De indeling is gebaseerd op de "Anatomical Therapeutic Chemical Classification" (ATC), het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (B.C.F.I. vzw) en Van den Brink & Geerlings (1999a, 1999b).
Regelmatig verdwijnen er geneesmiddelen van de markt en komen er andere in de plaats. Wij baseerden deze lijst op de BCFI website dd. 16/07/2004.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4. NIET-STEROÏDALE ANTI-INFLAMMATOIRE MIDDELEN | a. arylazijnzuurderivaten | | |
| | | *Diclofenac** | Cataflam®, Diclofemed®, Diclofenac-Ratiopharm®, Diclofenac-k-Ratiopharm®, Diclofenac Sandoz®, Diclofenac EG®, Diclophar®, Diclotop®, Docdiclofe®, Motifene®, Polyflam®, Voltaren® |
| | | *andere* | Air-Tal®*, Biofenac®*, Clinoril®*, Taradyl®* |
| | | *associaties* | Arthrotec®* |
| | b. arylpropionzuurderivaten | | |
| | | *ibuprofen* | Advil mono®, Adulfen Lysine®, Brufen®*, Buprophar®, Dolofin®*, Epsilon®, Ibumed®, Ibuphar®*, Ibuprofen Sandoz®*, Ibuprofen EG®*, Ibu-slow®*, Junifen®*, Malafene®*, Nofenal®, Nurofen®, Perviam®, Solufen®, Spidifen®* |
| | | *andere* | Adulfen + Codeïne®*, Aleve®, Apranax®*, Durapox®*, Froben®*, Naproflam®*, Naprophar®*, Naprosyne®*, Naproxene EG®*, Bi-Rofenid®*, Rofenid®* |
| | c. indoolderivaten | | Dolcidium®, Indocid®, Indocid i.v. ®, Tolindol®* |
| | d. oxicams | | |
| | | *piroxicam** | Brexine®, Docpiroxi®, Feldene®, Merck-piroxicam®, Piromed®, Piroxicam Sandoz®, Piroxicam EG®, Piroxicam bexal®, Piroxicam-Ratiopharm®, Piroxiphar®, Piroxitop®, Piroxymed®, Polydene®, Solicam® |
| | | *andere* | Mobic®*, Tilcotil®* |
| | e. nimesulide | | Mesulid®* |
| | f. COX-2-selectieve NSAID's* | | Arcoxia®, Bextra®, Celebrex®, Vioxx®, Vioxxdolor® |
| | g. fenylbutazon* | | Butazolidine® |

## B. narcotische analgetica

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ENKELVOUDIGE PREPARATEN | a. zeer krachtige analgetica | | |
| | | *morfine sulfaat** | Kapanol®, Morphiphar®, MS contin®, MS direct® |
| | | *morfine hydrochloride** | Morphine HCl®, Stellorphinad®, Stellorphine® |
| | | *methadon hydrochloride* | Mephenon®* |
| | | *buprenorfine** | Subutex®, Temgesic®, Transtec® |
| | | *fentanyl* | Durogesic®* |
| | | *piritramide* | Dipidolor®* |
| | | *hydromorfon hydrochloride* | Palladone®* |
| | b. analgetica met middelmatige activiteit | | |

| | | |
|---|---|---|
| | *pethidine hydrochloride* | Dolantine®* |
| | *pentazosin* | Fortal®* |
| | *tramadol hydrochloride** | Contramal®, Dolzam®, Tradonal®, Tramadol EG®, Tramaphar®, Doctramado®, Tramadol bexal®, Tramium® |
| | c. minder krachtige analgetica | |
| | *dextropropoxyfeenhydrochloride* | Depronal®* |
| | *dihydrocodeïnetartraat* | Codicontin®* |
| 2. ASSOCIATIES | | Algophene®*, Valtran®*, Zaldiar®* |
| **C. anti-migraine middelen** | | |
| 1. MIDDELEN BIJ DE ACUTE MIGRAINE AANVAL | a. triptanen* | Almogran®, Imitrex®, Maxalt®, Naramig®, Relert®, Zomig® |
| | b. ergotamines | Cafergot®*, Diergo®*, Dihydergot®, Dystonal® |
| 2. PROFYLACTISCHE MIDDELEN | *methysergide* | Deseril®* |
| | *clonidinehydro-chloride* | Dixarit®* |
| | *Flunarizine** | Flunarimed®, Flunatop®, Sibelium® |
| | *oxetoronfumaraat* | Nocertone®* |
| | *pizotifeen* | Sandomigran®* |
| 3. COMBINATIE-PREPARATEN | | Migpriv®* |

## II. PSYCHOLEPTICA

ATC-code N05

| | Generische naam of Stofnaam | Merknaam |
|---|---|---|
| 1. NEUROLEPTICA | a. fenothiazinen* | Dominal®, Melleril®, Nozinan® |
| | b. thioxanthenen* | Clopixol®, Fluanxol® |
| | c. butyrofenonen* | Buronil®, Dehydrobenzperidol®, Dipiperon®, Frenactil®, Haldol®, Impromen® |
| | d. difenylpiperidinen* | Imap®, Orap®, Semap® |
| | e. benzamides* | Agreal®, Docsulpiri®, Dogmatil®, Levopraid®, Solian®, Sulpiphar®, Sulpiride EG® |
| | f. andere neuroleptica* | Etumine®, Leponex®, Risperdal®, Seroquel®, Zyprexa® |
| 2. ANXIOLYTICA, HYPNOTICA & SEDATIVA | a. benzodiazepines* | |
| | *alprazolam* | Alpraphar®, Alpraz®, Alprazolam Sandoz®, Alprazolam EG®, Alprazolam Bexal®, Alprazolam-Ratiopharm®, Alprazomed®, Arivics®, Docalprazo®, Mithra-Alprazolam®,Topazolam®, Xanax® |
| | *bromazepam* | Anxiocalm®, Bromatop®, Bromazepam EG®, Bromazepam-Ratiopharm®, Bromazephar®, Bromidem®, Docbromaze®, Lexotan® |

| | |
|---|---|
| *brotizolam* | Lendormin® |
| *clobazam* | Frisium® |
| *clonazepam* | Rivotril® |
| *clorazepaat* | Tranxene®, Uni-tranxene® |
| *clotiazepam* | Clozan® |
| *cloxazolam* | Akton® |
| *diazepam* | Diazepam EG®, Diazepam-Ratiopharm®, Diazephar®, Valium® |
| *ethylloflazepaat* | Victan® |
| *flunitrazepam* | Flunitrazepam EG®, Rohypnol® |
| *flurazepam* | Staurodorm® |
| *ketazolam* | Solatran® |
| *loprazolam* | Dormonoct® |
| *lorazepam* | Calmamed®, Docloraze®, Lauracalm®, Lorazemed®, Lorazepam EG®, Lorazepam-Ratiopharm®, Lorazephar®, Lorazetop®, Lordidem®, Optisedine®, Serenase®, Temesta®, Vigiten® |
| *lormetazepam* | Doclormeta®, Loramet®, Loranka®, Lormetamed®, Lormatezepam EG®, Lormatezepam-Ratiopharm®, Lormetazephar®, Metatop®, Noctacalm®, Noctamid®, Octonox®, Sedaben®, Stilnaze® |
| *midazolam* | Dormicum® |
| *nitrazepam* | Mogadon®, Nitraphar® |
| *nordazepam* | Calmday® |
| *oxazepam* | Oxaphar®, Oxazepam EG®, Seresta®, Tranquo® |
| *prazepam* | Lysanxia® |
| *tetrazepam* | Myolastan®, Epsipam® |
| *triazolam* | Halcion® |
| b. middelen verwant aan de benzodiazepines* | |
| *zopiclon* | Imovane®, Merck-Zopiclone®, Zopiclone EG®, Zopiclone-Ratiopharm®, Zopiclophar® |
| *zolpidemhemitartraat* | Merck-zolpidem®, Stilnoct®, Zolpidem BC®, Zolpidem EG®, Zolpidem bexal®, Zolpidem-Ratiopharm®, Zolpidephar® |
| *zaleplon* | Sonata® |
| c. varia | |
| *hydroxyzinedihydrochloride* | Atarax® |
| *buspironhydrochloride* | Buspar® |
| *difenhydraminehydrochloride* | Nuicalm®, Nustasium® |
| *valeriaanextract* | Relaxine®, Valerial® |
| *passiflora-extract* | Sedanxio® |
| *associaties* | Dormiplant®, Natudor®, Sedinal®, Seneuval®, Songha® |

## III. PSYCHOANALEPTICA

ATC-code N06

| | Generische naam of Stofnaam | Merknaam |
|---|---|---|
| **A. antidepressiva** | | |
| 1. TRICYCLISCHE EN AANVERWANTE ANTIDEPRESSIVA EN SSRI'S | a. eerste groep* | |
| | *clomipraminehydrochloride* | Anafranil® |
| | *desipraminehydrochloride* | Pertofran® |
| | *imipraminehydrochloride* | Tofranil® |
| | *amitryptiline* | Redomex® |
| | *amitryptilinehydrochloride* | Tryptizol® |
| | *nortriptyline* | Nortrilen® |
| | *dosulepinehydrochloride* | Prothiaden® |
| | *docepine* | Sinequan® |
| | b. tweede groep* | |
| | *flupentixol* | Deanxit® |
| | *melitracen* | Dixeran® |
| | *reboxetine* | Edronax® |
| | *venlafaxine* | Efexor® |
| | *mianserinehydrochloride* | Lerivon® |
| | *maprotilinehydrochloride* | Ludiomil® |
| | *mirtazapine* | Remergon® |
| | *trazodonhydrochloride* | Trazolan®, Doc Trazodone®, Nestrolan® |
| | c. derde groep (SSRI's)* | |
| | *citalopram* | Cipramil®, Citalopram EG®, Citalopram Sandoz®, Citalopram-Ratiopharm®, Merck-Citalopram®, |
| | *escitalopram* | Sipralexa® |
| | *fluoxetine* | Docfluoxetine®, Fluoxemed®, Fluox®, Fluoxephar®, Fluoxetine Sandoz®, Fluoxetine EG®, Fluoxetop®, Fluoxone®, Fontex®, Merck-Fluoxetine®, Prozac®, Prosimed® |
| | *fluvoxaminet* | Floxyfral®, Fluvoxamine sandoz®, Fluvoxamine EG®, Fluvoxamiphar® |
| | *paroxetine* | Aropax®, Seroxat® |
| | *sertraline* | Serlain® |
| 2. INHIBITOREN VAN DE MONO-AMINO-OXYDASEN* | *moclobemide* | Aurorix®, Merck-moclobemide®, Moclobemide bexal® |
| | *fenelzine* | Nardelzine® |
| 3. LITHIUMZOUTEN* | | Camcolit®, Maniprex®, Priadel® |
| **B. psychostimulantia** | | |
| 1. EETLUSTREMMERS | *sibutramine* | Reductil®* |
| 2. ANDERE | *modafinil* | Provigil®* |
| | *methylfenidaat* | Rilatine®*, Concerta®* |
| | *andere* | Captagon®* |

## IV. MIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK[130]

ATC-code N07

| | Generische naam of Stofnaam | Merknaam |
|---|---|---|
| **A. medicatie die intoxicatie bestrijdt** | | |
| alcohol | naloxon | Narcan®* |
| | flumazenil | Anexate® |
| opiaten | naloxon | Narcan®* |
| **B. medicatie die ontgiftigt en onthoudingsverschijnselen bestrijdt** | | |
| tabak | nicotine | Nicorette®, Nicotinell®, Niquitin® |
| | bupropion | Zyban®* |
| alcohol | diazepam* | Diazepam EG®, Diazepam-Ratiopharm®, Diazephar®, Valium® |
| | oxazepam* | Oxaphar®, Oxazepam EG®, Seresta®, Tranquo® |
| | lorazepam* | Calmamed®, Docloraze®, Lauracalm®, Lorazemed®, Lorazepam EG®, Lorazepam-Ratiopharm®, Lorazephar®, Lorazetop®, Lordidem®, Optisedine®, Serenase®, Temesta®, Vigiten® |
| | clonazepam | Rivotril®* |
| | propranolol (beta-blokker)* | Inderal®, Propranolol EG®, Proprapharr® |
| | clonidinehydrochloride* | Dixarit®, Catapressan® |
| | clomethiazol | Distraneurine®* |
| | tiapride | Tiapridal®* |
| opiaten | methadonhydrochloride | Mephenon®* |
| | buprenorfine* | Subutex®, Temgesic®, Transtec® |
| | naltrexon | Nalorex®* |
| | clonidinehydrochloride* | Dixarit®, Catapressan® |
| cocaïne | bromocriptine | Parlodel®* |
| | amantadine | Amantan®* |
| **C. medicatie om terugval te voorkomen** | | |
| alcohol | disulfiram | Antabuse®* |
| | acamprosaat | Campral®* |
| | naltrexon | Nalorex®* |
| opiaten | naltrexon | Nalorex®* |
| | buprenorfine* | Subutex®, Temgesic®, Transtec® |
| | methadonhydrochloride | Mephenon®* |
| cocaïne | desipramine | Pertofran®* |
| | carbamazepine* | Merck- carbamazepine®, Tegretol® |
| **D. medicatie om het gebruik te stabiliseren** | | |
| alcohol | medicatie die leverfunctiestoornissen voorkomt of vermindert | |
| opiaten | methadonhydrochloride | Mephenon®* |
| cocaïne | Methylfenidaat* | Rilatine®, Concerta® |

[130] Niet alle middelen die gebruikt worden in de behandeling van problematisch middelengebruik zijn psychoactief.

# Bijlage 3
## Afkortingenlijst

| | |
|---|---|
| **APB** | Algemene Farmaceutische Bond |
| **APS** | Administratie Planning en Statistiek |
| **ASO** | Algemeen Secundair Onderwijs |
| **AVGI** | Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie |
| **BIVV** | Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid |
| **BSO** | Beroeps Secundair Onderwijs |
| **CBGS** | Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie |
| **CGG** | Centrum Geestelijke Gezondheidszorg |
| **CLB** | Centrum voor Leerlingenbegeleiding |
| **DOS** | Drugbeleid Op School |
| **DSM** | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| **EORG** | European Opinion Research Group |
| **ESEMeD** | European Study on Epidemiology of Mental Disorders |
| **ESPAD** | European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs |
| **EU** | Europese Unie |
| **EWDD** | Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving |
| **HBSC** | Health Behaviour in School-Aged Children |
| **HIVA** | Hoger Instituut voor de Arbeid |
| **IMS Health** | Intercontinental Marketing Services Health |
| **JAC** | Jongerenadviescentrum |
| **KRC** | Kinderrechtencommissariaat |
| **KSO** | Kunst Secundair Onderwijs |
| **LOVO** | Leefsituatie Onderzoek Vlaamse Ouderen |
| **MSOC** | Medisch Sociale Opvangcentra |
| **NBB** | Nationale Bank van België |
| **NICC** | Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie |
| **NIS** | Nationaal Instituut voor de Statistiek |
| **OCMW** | Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn |
| **OIVO** | Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisatie |
| **PCS** | Politionele Criminaliteitsstatistieken |
| **PRIME-MD** | Primary Care Evaluation of Mental Disorders |
| **PVT** | Psychiatrische Verzorgingstehuizen |
| **RIZIV** | Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering |
| **RSZ** | Rijksdienst voor Sociale Zekerheid |
| **SEGO** | Sociaal en Gezondheidsonderzoek |
| **SOGS** | South Oaks Gambling Screen |
| **TSO** | Technisch Secundair Onderwijs |
| **VAD** | Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen |
| **VRM** | Vlaamse Registratie Middelengebruik |
| **VVBV** | Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg |
| **VVGG** | Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid |
| **WGO** | Wereldgezondheidsorganisatie |
| **WIV** | Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid |

# Literatuur

Administratie der douane en accijnzen (2003). *Jaarverslag 2002.* Brussel: Administratie der douane en accijnzen.

Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie (AVGI) (2002). *De geneesmiddelenindustrie in België. Bijdrage tot de nationale economie.* Brussel: Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie.

Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie (AVGI) (2003). *Basisgegevens 2002. Geneesmiddelen en geneesmiddelenindustrie in België.* Brussel: Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie.

Ansseau, M., Dierick, M., Buntinkx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M. & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High Prevalence of Mental Disorders in Primary Care. *Journal of Affective Disorders*, *78*, 1, 49-55.

Anthierens, S., Habraken, H., de Foy, T., Hyat, S., De Meyere, M. & Paulus, D. (2004). *Benzodiazepines: het kan meestal zonder ... ou on pourrait s'en passer... Literatuurstudie en kwalitatief onderzoek*. Gent: Vakgroep huisartsgeneeskunde, Louvain-la Neuve: Centre universitaire de Médicine Générale.

Baeten, I. & Rosiers, J. (2002). *Alcohol- en druggebruik in de bijzondere jeugdzorg. Vragen over aanpak en begeleiding anno 2002*. Brussel: VAD.

Belgische Brouwers (2004). Schijn bedriegt? *Brouwersblad, 111,* juni, 6-19.

Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) (2004a). *Verkeersveiligheidstatistieken 2001.* Brussel: BIVV. Gedownload op 29 november 2004 van http://www.bivv.be/main/PublicatieMateriaal/Statistieken/catalogDetail.shtml?detail=706152949&language=nl

Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) (2004b). *Gegevens over de alcoholcontroles tijdens de eindejaarsperiode.* Brussel: BIVV. Data verkregen op verzoek.

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2004a). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, *60*, 2, 75-85.

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2004b). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, *60*, 11, 790-799.

Bruffaerts, R., Sabbe, M & Demyttenaere, K. (2004c). Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium. General Characteristics and Gender Differences. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, *39*, 2, 14-153.

Cattaert, G. & Pacolet, J. (2004). *Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België. Analyse op basis van de gezondheidsenquête en het huishoudbudgetonderzoek*. Leuven/Brussel: HIVA/VAD.

Claeys, P., Bryon, H. & Vranckx, A. (2004). *Registratie gedwongen opname*. Presentatie op congres psychiatrie en maatschappij: vermaatschappelijking van de zorg, Leuven, 24 september 2004. Gedownload op 3 januari 2005 van http://www.vlabo.be/

Cloots, H., De Kind, H., Dejonghe, M., Hooft, P., Moreau, L. & Smets, H. (red.) (2004). *Gezondheidsindicatoren 2001-2002*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Entiteit Beleidsondersteuning – team beleidsevaluatie.

Cogge, M. (2003). *Onderzoek naar alcoholgebruik bij jongeren tussen 12 en 18 jaar in Overijse, Hoeilaart en omliggende gemeenten*. Overijse: Welzijnsraad Overijse.

College van Procureurs-Generaal (2004). *Jaarstatistiek van het openbaar ministerie. Opsporing en vervolging van strafzaken door de parketten bij de rechtbanken van eerste aanleg. 2002.* Brussel: Ministerie van justitie. Gedownload op 16 december 2004 van http://www.just.fgov.be/statistique_parquets/jstat2002/html/n/n_home.html

Commission for Distilled Spirits (2004). *World Drink Trends 2004 Edition.* Oxfordshire: World Advertising Research Center Ltd.

Decorte, T., Muys, M. & Slock, S. (2003). *Cannabis in Vlaanderen. Patronen van cannabisgebruik bij ervaren gebruikers*. ISD-reeks n° 1. Leuven: Acco.

De Donder, E. (2002). *Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001*. Brussel: VAD.

Deguerry, M., De Spiegelaere, M., Haelterman, E., Logghe, P., Roesems, T. & Wauters, I. (red.) (2004). *Gezondheidsindicatoren Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2004*. Brussel: Question Santé.

Demarest, S., Van Der Heyden, J., Gisle, L., Buziarsist, J., Miermans, P.J., Sartor, F., Van Oyen, H. & Tafforeau, J. (2002). *Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2001*. IPH/EPI Reports nr. 2002 - 25, Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling epidemiologie. Gedownloaded van http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index4.htm

European Opinion Research Group (EORG) (2002). *Attitudes and opinions of young people in the European Union on Drugs. Eurobarometer 57.2. Special Eurobarometer 172.* Luxemburg: European Commission.

European Opinion Research Group (EORG) (2003). *Health, Food and Alcohol and Safety. Special Eurobarometer 186 wave 59.0.* Luxemburg: European Commission.

European Opinion Research Group (EORG) (2004). *Young People and Drugs. Flash Eurobarometer 158.* Luxemburg: European Commission.

Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD) (2003). *Stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen. Jaarverslag 2003.* Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.

Europese Commissie (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Luxemburg: Europese commissie.

Federale Politie (2004a). *Gegevens over drugprijzen.* Brussel: centrale dienst drugs. Data verkregen op verzoek.

Federale Politie (2004b). *Gegevens over inbeslagnames.* Brussel: centrale dienst drugs. Data verkregen op verzoek.

Federale Politie (2004c). *Aantal PV's 'drugs' in de nationale criminele databank.* Brussel: centrale dienst drugs. Data verkregen op verzoek.

Federale Politie (2004d). *Methodologische nota. Productie van de politiële criminaliteit-statistieken in het verleden en het heden*. Brussel: directie van de nationale gegevensbank. Gedownload op 29 juli 2004 van http://www.poldoc.be/dir/dgs/dsb/document/spcs2002/reports/nl/Notas/METHODOLOGI-SCHE%20NOTA%20%20PCS%20-%20VERSIE%20A%20NL.pdf

Federale Politie (2004e). *Staten - Nationaal overzicht 2000.* Brussel: directie van de nationale gegevensbank. Gedownload op 21 april 2004 van http://www.poldoc.be/dir/dgs/dsb/document/spcs2002/NL_2000.htm

Federale Politie (2004f). *Staten - Nationaal overzicht 2001.* Brussel: directie van de nationale gegevensbank. Gedownload op 21 april 2004 van http://www.poldoc.be/dir/dgs/dsb/document/spcs2002/NL_2001.htm

Federale Politie (2004g). *Staten - Nationaal overzicht 2002.* Brussel: directie van de nationale gegevensbank. Gedownload op 21 april 2004 van http://www.poldoc.be/dir/dgs/dsb/document/spcs2002/NL_2002.htm

Federale Politie (2004h). *Staten - Nationaal overzicht 2003.* Brussel: directie van de nationale gegevensbank. Gedownload op 23 december 2004 van http://www.polfed.be/police/fedpol/statistiek/NL_2003.htm

Federale Politie (2004i). *Gegevens over de controles bij het rijden onder invloed van drugs.* Brussel: dienst van de wegpolitie. Data verkregen op verzoek.

Follon, M. (2004). *Stem. Een stem voor thuisloze druggebruikers in Limburg*. Provincie Limburg: CAD-Limburg vzw, CAW Sonar vzw, CAW 't Verschil vzw, Katarsis vzw.

Gelders, D. & Van Mierlo, J. (2004). Het nieuwe cannabisbeleid in België: een verwarrend debat, een verward publiek. *Panopticon: tijdschrift voor strafrecht, criminologie en forensisch welzijnswerk, 24,* 3, 239-251.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other Drug use among students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, The Pompidou group at the Council of Europe.

Huybregts, I. & Vettenburg, N. (2002). *Mogelijkheden van een fuivenbeleid: eindverslag.* Leuven: onderzoeksgroep jeugdcriminologie.

IMS Health (2004). *Verkoops- en voorschriftgegevens psychoactieve medicatie*. Brussel: IMS Health. Data verkregen op verzoek.

Jespers, I., Mussche, B., Vermeiren, R. & Deboutte, D. (2004). *Antwerpse scholieren over hun geestelijke gezondheid en hun risicogedrag. Samenvattend rapport van het tweede sociaal en gezondheidsonderzoek, SEGO II.* Antwerpen: UCKJA.

Jossels, G. & Sartor, F. (2004). *Drug-Related Deaths in Belgium 1987-1997*. Brussels: Scientific Institute of Public Health - Unit of Epidemiology.

Kinable, H. (2004). *Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid Op School. Syntheserapport schooljaar 2003-2004.* Brussel: VAD.

Ledoux, Y. (2003). *Evaluation de la Délivrance de Méthadone en Belgique. Recherche-Action sur le rôle du Pharmacien d'officine, la mise en place d'un Observatoire des cures substitutives et le suivi de patients.* Brussel: Federaal wetenschapsbeleid.

Lescrauwaet, D., Van Menxel, G. & Serrien, L. (2002). *Thuisloosheid in Vlaanderen. Profiel, visie en krijtlijnen voor een globale strategie.* Antwerpen: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.

Maes, L. & Pollet, D. (2004). *Drugbeleid op school. Een kwalitatieve implementatiestudie*. Gent: Universiteit Gent.

Minet, S., Mejias, S., Druine, C., Somers, W., Hoffman, E., Servais, L., De Smet, S., Delmarcelle, C., Joris, L., Patesson, R. & Steinberg, P. (2004). *Gokken: ontspanning of verslaving. Enquête gokken en gokverslaving.* Brussel: Rodin Stichting.

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2004). *Registratie Arcade.* Brussel: administratie gezondheidszorg. Data verkregen op verzoek.

Ministerie van Justitie (2004a). *Statistische gegevens inzake veroordelingen, opschortingen, interneringen 1993-2002.* Brussel: Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid, Statistisch Steunpunt. Data verkregen op verzoek.

Ministerie van Justitie (2004b). *De jaarlijkse statistieken van de hoven en de rechtbanken. Gegevens 2002*. Brussel: Secretariaat Generaal, Directie statistiek en logistieke middelen. Gedownload op 22 april 2004 van http://just.fgov.be/nl_htm/informatie/statistiek/tableau-nl.html

Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC) (2004). *Gegevens over rijden onder invloed van drugs.* Brussel: NICC. Data verkregen op verzoek.

Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2003a). *Verkeersongevallen op de openbare weg met doden en gewonden. Jaar 2001.* Brussel: NIS. Gedownload op 29 november 2004 van http://statbel.fgov.be/pub/home_nl.asp#3

Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2003c). *Industrie en bouwnijverheid. Industriële productie in 2002 – PRODCOM en NIET- PRODCOM.* Brussel: Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie.

Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2004a). *Huishoudbudgetonderzoek 2001*. Brussel: NIS. Data verkregen op verzoek.

Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2004b). *Downloadbare publicaties. Samenleving. Levensstandaard.* Brussel: NIS. Gedownload op 3 november 2004 van http://statbel.fgov.be/pub/home_nl.asp#0

Nationale Bank Van België (NBB) (2004). Statistieken van de buitenlandse handel 2003. Brussel: NBB. Gedownload op 16 december 2004 van http://www.nbb.be/IXD01BK/index.jsp?taal=2

Onderzoeks- en informatiecentrum van de verbruikersorganisatie (OIVO) (2003a). Persbericht: Jongeren, alcohol en tabak. *De wakkere consument*, 147. Brussel: OIVO. Gedownload op 16 december 2003 van http://www.oivo-crioc.org/teksten/896.shtml

Onderzoeks- en informatiecentrum van de verbruikersorganisatie (OIVO) (2003b). *Jongeren en verslavingen.* Brussel: OIVO. Gedownload op 16 december 2003 van http://www.oivo-crioc.org/teksten/pdf/904.pps

Pacolet, J., Degreef, T. & Bouten, R. (2003). *Sociale kosten-batenanalyse van alcoholgebruik en -misbruik in België.* Leuven: Katholieke universiteit Leuven, Hoger instituut voor de arbeid.

Patesson, R., Steinberg, P., Joris, L., Servais, L., De Smet, S., Delmarcelle, C., Hoffmann, E., Somers, W. & Vanden Avenne, S. (2003a). *Jongeren en welzijn enquête. Resultaten alcohol*. Brussel: Rodin Stichting, ULB. Gedownload op 5 augustus 2004 van http://www.rodin-foundation.org/WEBSITE_NL/Publicaties.htm

Patesson, R., Steinberg, P., Joris, L., Servais, L., De Smet, S., Delmarcelle, C. & Hoffmann, E. (2003b). *Jongeren en welzijn enquête. Eerste resultaten cannabis, ecstasy en andere substanties*. Brussel: Rodin Stichting, ULB. Gedownload op 5 augustus 2004 van http://www.rodin-foundation.org/WEBSITE_NL/Publicaties.htm

PopovGGZ (2004). *Overzicht gegevens gedwongen opname Oost-Vlaanderen 2003.* Gent: Popovggz. Gedownload op 13 augustus 2004 van http://www.popovggz.be/

Provincie Limburg (2003). *Euregionaal jongerenonderzoek 2002. Een onderzoek naar vrijetijdsbesteding, gezondheidsbeleving en risicogedrag bij Limburgse jongeren in de 2de en 3de graad van het secundair onderwijs*. Hasselt: Provincie Limburg.

Raes, V. & Lombaert G. (red.) (2004). *Jaarverslag 2003. EFQM: focus op de zorgprocessen.* Gent: De Sleutel: dienst wetenschappelijk onderzoek.

Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) (2004). *Gedecentraliseerde gegevens over tewerkstelling 2002*. Brussel: RSZ. Data verkregen op verzoek.

Rodin Stichting (2003). *Jongeren en welzijn enquête. Beperkte resultaten van school-enquêten*. Brussel: Rodin Stichting, ULB. Gedownload op 5 augustus van http://www.rodin-foundation.org/WEBSITE_NL/Publicaties.htm

Rosiers, J. (2004). *Preventie van alcohol- en andere drugproblemen. Monitoring van activiteiten. Rapport 2003.* Brussel: VAD.

Sasse, A. (2001). *Aids in België: toestand op 31 december 2001.* Semestrieel rapport nr. 54. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - afdeling epidemiologie.

Sasse, A. (2002). *Aids in België: toestand op 31 december 2002.* Semestrieel rapport nr. 56. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling epidemiologie.

Sasse, A. (2003). *Aids in België: toestand op 31 december 2003.* Semestrieel rapport nr. 58. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling epidemiologie.

Sasse, A. (2004). *Aids in België: toestand op 30 juni 2004.* Semestrieel rapport nr. 59. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling epidemiologie.

Sasse, A. & Defraye, A. (2004). *Epidemiologie van aids en HIV-infectie in België. Toestand op 31 december 2003.* Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling epidemiologie.

Schrooten, J. (2004). *Alcoholdossier. Een literatuurstudie over het gebruik van alcohol bij volwassenen.* Brussel: VAD.

Sleiman, S. (ed.) (2004). *Belgian National Report on Drugs 2004*. Brussels: Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology.

Steunpunt Algemeen Welzijnswerk (2004). *Registratiegegevens 2003.* Antwerpen: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. Gegevens verkregen op verzoek.

Stichting Alcoholpreventie (2005). *Zwanger? ... en alcohol?* Utrecht: Stichting Alcoholpreventie. Gedownload op 27 januari 2005 van http://www.alcoholpreventie.nl/zwangerschap/gevolgen.php3

Tecco, J. & Annemans, L. (2003). *Alcohol and drugs in the workplace. Summery of the Results.* Health Economics and Disease Management: Brussel.

Thienpont, J. & Van Zuijlen, M. (2004). *VVBV cijfergegevens 2003*. Gent: VVBV.

Vanlaar, W. (2004). *Drink Driving in Belgium: Results from the Third and Improved Roadside survey.* Brussel: BIVV.

Vanden Boer, L., & Pauwels, K. (2003). Gezondheid en zelfredzaamheid. In Th. Jacobs, L. Vanderleyden, & L. Vanden Boer (red.). *De leefsituatie van ouderen (55+) in Vlaanderen (2003).* CBGS-Publicaties, Leuven: Garant.

Vander Laenen, F. (2003). *Drugbeleid op school: de leerlingen aan het woord. Verkennend onderzoek naar de perceptie van leerlingen uit het secundair onderwijs in de stad Gent.* Gent: IRCP.

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K., Broekaert, E. (2003). De *Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling.* Gent: Universiteit Gent, Gent: Provincie Oost-Vlaanderen, Drongen: PopovGGZ.

Van Hal, G. (2004). *Registratie van druggebruikers via de parketten 2002-2003*. Gegevens verkregen op verzoek.

Van Havere, T., De Donder, E., De Vriendt, W., Geirnaert, M., Rosiers, J. & Schrooten, J. (2004). *Partywise. Kwantitatief onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven - 2003.* Brussel: VAD.

Van Ranst, N., Van Den Bergh, B. & De Rycke, L. (2002). Bezorgdheid en waarden in de huidige opvoedingssituatie. Vaders anders dan moeders? In Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen, *Vaders in soorten: vaders in soorten en maten, gewikt en gewogen* (pp.147-155). Tielt: Lannoo.

Vanweddingen, M. (2004). *Vrind 2003.* Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie planning en statistiek.

Vereecken, C., & Maes, L. (2002). *Voorlopig rapport jongeren en gezondheid 1990-2002.* Gent: Universiteit Gent. Gedownload op 5 mei 2003 van http://allserv.rug.ac.be/~cvereeck/hbsc/deel%201%20rapport%202002.pdf

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (2004). *De Druglijn jaarverslag 2003.* Brussel: VAD.

Vlaamse Overheid (2004). *Statistiek van de doodsoorzaken 2002.* Brussel: administratie gezondheidszorg. Gedownload op 25 november 2004 van http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/

Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid (VVGG) (2004). *Jaarverslag CGG 2002*. Gent: VVGG. Data verkregen op verzoek.

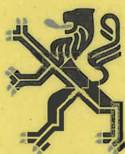
Vranckx, A., Goovaerts, J., Casselman, J., Joosen, B., Van Deun, P. & Vannijvel, V. (2004). *Methadonverstrekking in Vlaams-Brabant. Een enquête bij apothekers*. Gedownload op 13 augustus 2004 van http://www.vlabo.be/

Vzw wegcode (2004). *Verdovende middelen in het verkeer*. Gedownload op 3 januari 2005 van http://wegcode.be/divers/drugs.htm

Windelinckx, T. (2004). Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil Vlaanderen 2003. Antwerpen: Free Clinic.

Voortaan zoekt de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD) tweejaarlijks in diverse bronnen naar recente cijfers over middelengebruik. De oogst is weer bijzonder omvangrijk en divers.
Alle cijfers op een rij geven ons een beter inzicht in de alcoholconsumptie, in het gebruik van psychoactieve medicatie, in het gebruik van illegale drugs en in het gokgedrag van de bevolking.
Houden we nog steeds onze positie van bierland hoog of leidt de aandacht voor eetcultuur tot een hoger wijnverbruik? Slikken we zoveel slaap- en kalmeringsmiddelen en antidepressiva als wel eens wordt beweerd? Is cannabisgebruik voor jongeren tegenwoordig heel gewoon? Hoeveel wordt er uitgegeven aan gokspelen?
Middelengebruik kan ook aanleiding geven tot gezondheidsproblemen, tot een vraag naar hulp of tot een confrontatie met het justitieel apparaat. Frequent gokken kan problematisch worden.
Hoeveel ongevallen gebeuren onder invloed van alcohol? Hoe sterk is de relatie tussen HIV-besmetting en druggebruik? Wie zoekt hulp voor middelengebruik? Hoeveel personen werden veroordeeld voor drugmisdrijven? ... Ook daarover zetten we de cijfers naast elkaar.

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD) is een overkoepelende organisatie van instellingen en verenigingen die zich in Vlaanderen richten op studie, preventie en hulpverlening inzake alcohol- en andere drugproblemen.



V.U.: S. Ansoms - VAD - Vanderlindenstraat 15 - 1030 Brussel • Wettelijk depotnummer D/2004/6030/28